HEALTH renewal

Highlights of the Report from the *Premier's Health Quality Council*

New Nouveau
Brunswick
CANADA

January 2002

Vision Highlights

- Council proposes a Vision Statement on how a renewed health system should perform.
- The vision creates a person-focused, community-based and integrated health system.
- The vision is anchored in the fundamental principles of:
  - *quality health,*
  - *wellness,*
  - *person focused and responsive to individual needs,*
  - *affordable,*
  - *sustainable,*
  - *integrated,*
  - *community focused,*
  - *accessible,*
  - *accountable,*
  - *shared responsibility, and*
  - *respectful of New Brunswick's diversity.*
- The vision principles are supported by concepts such as:
  - *mechanisms to support access,*
  - *Community Health Centres - 24 hrs/7 days,*
  - *maximized roles of health professionals,*
  - *"wired and connected" health system,*
  - *one health record per person, with protected access, and*
  - *Regional Health Authorities.*

Proposed Health System Highlights

Primary Health Care

- Primary health care to be provided as a continuum of service.

Primary Care

- Government to develop a wellness strategy
- Renewal of primary care to be based on a number of key principles:
  - *person focused access;*
  - *emphasis on health promotion, education and prevention of illness;*
  - *community-based setting;*
  - *services accessible 24/7;*
  - *coordinated and visible continuum of services;*
  - *interdisciplinary team approach to service delivery;*
  - *one electronic health record per person, and*
  - *electronically linked service sites and providers.*
- Primary care services to be provided as close as possible to where people live through a network of Community Health Centres.
- Community Health Centre to be viewed as the physical "nucleus" of primary care in the community.
- Basic services and emergency services to be accessible 24 hours a day, seven days a week.
- Community needs determine the full-service hours and the range of services.
- All Community Health Centres will be linked together.

- Location of Community Health Centres to be determined by the number of people, number of physicians and other health care providers, and a mileage guide of 50 kilometres.

Ambulance Services

- Ambulance services constitute an integral and essential component of the health care system and bring health care to patients.
- Recommendations aimed at improving the present service:
  - *emergency response time standards;*
  - *provincial medical direction;*
  - *Basic Life Support training for ambulance personnel;*
  - *single, centralized dispatch for land and air ambulance;*
  - *integrated and coordinated medical first response;*
  - *reduced number of land ambulance service contracts, and*
  - *alternative transportation systems for non-medical transfer of patients between hospitals and / or nursing homes.*

Secondary and Tertiary Care

- Redefinition of the role and responsibility of hospital-based services.
  - *The location of hospitals and services to be identified in the Provincial Health Plan and based on quality, sustainability, accessibility and efficiency.*
- Hospital care to be part of an integrated health system.
- The eight existing regional hospitals to continue their current role.

- Community hospitals treat common and non-complex medical conditions.
- Location of tertiary care services based on quality of care, availability of specialists and the demand for the service (critical mass).

Health Care Service Delivery Team

- Interdisciplinary team approach
- Health professionals practice within full scope of their education and training

Governance and Structure Highlights

- Establishment of eight Regional Health Authorities [April 1, 2002]
  - *status quo in current health regional boundaries*
  - *two Regional Health Authorities in Health Region 1*
  - *over time, responsibility for full scope of service delivery (prevention, education, primary care, hospital services, public health services, mental health services, extra-mural program, addiction services, ambulance services)*
- Appointment of eight Regional Health Boards
  - *Fifteen-member Regional Health Boards*
  - *Interim Regional Health Boards appointed by the Minister of Health and Wellness for a two-year period, including the chairperson.*
  - *In 2004, first annual meeting and elections to elect five members for each Regional Health Board. Minister of Health and Wellness appoints 10 members.*
  - *Regional Health Boards select chairperson and appoint the chief executive officer.*

- Investment in Regional Health Boards
  - ***Provincial and orientation strategy to assist board members in fulfilling their responsibilities.***
- Roles and Responsibilities
  - ***Minister of Health and Wellness***
    - Plan (Provincial)
    - Fund
    - Monitor
    - Deliver provincial services
    - Manage provincial resources
  - ***Regional Health Authorities***
    - Plan (Regional)
    - Deliver regional services
    - Manage regional resources
    - Work with the Minister of Health and Wellness
- Regional Health Board and Organizational Structure
  - ***forward looking, forward thinking***
  - ***creative and responsive to innovation***
  - ***lean, simple management team with focus on service integration***

Accountability Framework Highlights

Establishing Accountability

- Three essential elements are be introduced to achieve effective accountability:

  1. clear accountability relationships between stakeholders;

  2. well-defined roles and responsibilities for all stakeholders, and

  3. effective accountability management processes and tools.

- The establishment of a Provincial Health Plan and Regional Health Plans.

- The Department of Health and Wellness to create a constructive climate that engages the participation and co-operation of regional health authorities, and eliminates negative competition between regions.

- Strong linkages with other public services present in the region, such as schools, Family and Community Services and Environment and Local Government regional offices, as well as not-for-profit and private sector organizations.

Provincial Administrative Entity

- The Minister of Health and Wellness and the regional health authorities to explore the concept of centralizing administrative support functions under a provincial entity rather than having the functions delegated to the proposed eight regions.

Professional Advisory Committee

- The establishment of a Professional Advisory Committee within each Regional Health Authority to advise the Regional Health Board. Membership consists of representatives from the various health professions employed by the Regional Health Authority.

Medical Advisory Committee

- The preservation of the Medical Advisory Committee and its mandate of providing advice to the Regional Health Board on overall clinical care issues and processes.

Continuous Improvement Process

- The Department of Health and Wellness and Regional Health Authorities to establish continuous improvement processes at the provincial and regional levels.

Linkage with Department of Family and Community Services

- The Department of Family and Community Services to be included in the annual planning process between Regional Health Authorities and the Department of Health and Wellness for the purpose of long-term care services.
- The Regional Health Authority Boards to be accountable to the Minister of Family and Community Services for the delivery of long-term care services.

New Brunswick Health Report Card Highlights

Purpose and Target Audience

- The New Brunswick Health Report Card to achieve the following three essential goals:

  1. *To inform the public of the performance of the health system, including health standards, future readiness, education of health care providers, research utilization as well as progress made in the future on priority initiatives (i.e., development of primary care, integration of all health services, prescription drug access and utilization, etc.).*
  2. *To inform and educate the public on the health status of New Brunswickers and factors affecting good health.*
  3. *To assist government, health system managers and providers on health policy, health system planning and evaluation, and service delivery decisions.*

- The primary target audience to be the people of the province.

Report Card Framework

- The Report Card Framework to include four specific dimensions:

  1. *Social determinants of health;*
  2. *Health status of the New Brunswick population;*
  3. *Performance of the New Brunswick health care system, and*
  4. *Community and health system characteristics.*

First Publication

- The Report Card to be published approximately one year after Regional Health Authorities begin to manage the delivery of health services (Spring 2003).

Health System Performance Monitoring

- The "balanced scorecard" performance measurement approach currently used for hospital services to be extended to all services and programs that will eventually be managed by Regional Health Authorities (Public Health, Mental Health, Long-Term Care, etc.). Areas of focus include financial, clinical and non-clinical operations, system integration and learning, and patient/community satisfaction.

Data Availability

- More resources are essential to expand the range of data essential for understanding the complex interplay of factors that influence health status and the effectiveness of health care delivery in New Brunswick.

Health Research - Objective, Evidence-Based Information

- Reliable information for evidence-based policy and services must come from an arm's length, credible, high profile organization whose primary focus is to research, analyze and comment on a wide range of quality and performance-oriented matters in the health system.
- The government to mandate an independent third party (research institute) to develop the report card. Impartiality and the perception of impartiality are crucial for the integrity and credibility of the New Brunswick Health Report Card.
- The provincial government to invest substantially in building the research capacity that is so desperately required so we may have "made in New Brunswick solutions" stemming from "made in New Brunswick research."

Charter Highlights

- The Charter of Rights and Responsibilities outline rights and responsibilities at every level: individual, health professional and system.
- The Charter covers:
  - *Access to health services;*
  - *Making your own decisions;*
  - *Good communication and information;*
  - *Personal consideration and respect;*
  - *Addressing your issues/complaints/questions;*
  - *Explains individual responsibilities within the health system and toward health professionals, and*
  - *Supports a spirit of service delivery that meets collective expectations.*
- The Charter of Rights and Responsibilities informs, educates and supports informed decision-making for individuals/ professionals and the system.
- The Charter is supported by mechanisms that provide support for individuals to fully exert their rights. These are:
  - *The creation of an Office of Public Trustee/Guardian to assist and protect individuals who are not capable of making their own decisions regarding the management of their estates, personal care and health care, and have no one to assume that responsibility;*

- *The creation of regional and provincial advocate positions to facilitate citizen interface with the system, especially when there is a need to have issues addressed or to obtain information that is not easily accessible, or when a citizen feels he/she is not receiving appropriate information, and*
- *Legislation allowing for the use of Advanced Health Care Directives which allow individuals to prepare a statement to express their wishes in advance. Advanced Health Care directives are used only if a person is no longer able to make their wishes known.*

Program Issues and Health Service Review Recommendations Highlights

The fourth mandate of the Premier's Health Quality Council was to review the 122 recommendations of the Health Services Review and provide advice on their implementation.

General

- A number of the Health Services Review recommendations are being addressed by the respective departments.
- A significant number of the Health Services Review recommendations are addressed in Council's proposals pertaining to governance, service delivery and accountability.

Program and Service Improvements Addressed by Council:

- Short-Term Care
  - *Regional delivery through the Regional Health Authorities.*
  - *Seamless continuum of care and services addresses the current gaps in short-term (less than three months) supports and services.*
- Long-Term Care
  - *Regional delivery through Regional Health Authorities.*
  - *Comfort and clothing allowance adjusted to more appropriately meet client needs.*

- *Distinct policy and service streams for persons with disabilities and seniors supported.*
- *Nursing home services viewed as an integral part of the health system.*
  - care staff increased
  - care component becomes an insured component
  - licensing and inspection process be streamlined
- *Greater regional flexibility in determining appropriate level of services and funding.*
- *Assessment process to determine a client's ability to contribute financially to his/her care be streamlined.*

• Pharmaceuticals

- *Common pharmaceutical approval process supported.*
- *Needs of the working poor explored.*
- *Ensure citizens have access to prescription drugs when required.*
- *Harmonization of formularies to avoid gaps in coverage for people moving through the system.*

• First Nations

- *Tri-partite Committee (federal, provincial, and First Nations representation) meet regularly to fulfill its role.*
- *Liaison Committees between First Nation communities and the Regional Health Authorities established.*

• Public Health Services

- *Regionally delivered through the Regional Health Authorities.*

- *Enhanced services directed at children, adults and seniors.*
- *Renewed mandate in health promotion.*
- *Comprehensive continuum of child health services established.*

• Mental Health Services

- *Regionally delivered through the Regional Health Authorities.*
- *Enhanced focus on prevention/promotion/education.*
- *Access to service issues addressed.*
- *Greater consistency of services throughout the province.*
- *Greater linkage and coordination with addiction services.*
- *Ongoing involvement of community-based organizations.*

• Rehabilitation Services

- *Regionally delivered through the Regional Health Authorities.*
- *Redefined provincial Rehabilitation Master Plan.*
- *Significant adjustments to the delivery of rehabilitation services in the community to facilitate access by clients.*
- *Strong provincial tertiary rehabilitation capacity supported.*
- *Introduction of Rehabilitation Assistant.*

• Health Professionals

- *Health professionals supported and facilitated in practicing within the full scope for which they have been educated and prepared.*

- *Structured mechanism established early with the physician community to move forward together in renewing the health system, particularly primary care.*
- *Appropriate alternative means of compensating physicians reviewed.*
- *Nurses, including registered nursing assistants, play a greater role in the delivery of services, particularly at the primary care level.*
- *Introduction of the Nurse Practitioner.*
- *Provincial strategy regarding home support workers be developed.*
- *Feasibility of adding a midwifery role in the system pursued.*

• Professional Education

- *Recruitment and retention strategies for key health professionals where shortages are known or foreseen.*
- *Increased access for New Brunswick students in various health profession training programs through an education strategy.*

• Technology

- *Single patient record*
- *Connected information system*
- *Use of medical technology enhanced*

• Funding

- *Prioritize community-based services*
- *Support for innovation and research*

RENOUVELLEMENT

du système de santé

Points saillants du rapport du

Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé

New Nouveau
Brunswick
CANADA

Janvier 2002

Points saillants : la vision

- Le Conseil propose un énoncé de vision sur le fonctionnement d'un système de santé renouvelé.
- La vision prévoit un système de santé communautaire, intégré et axé sur la personne.
- La vision repose sur les principes fondamentaux suivants :
  - *santé de qualité,*
  - *mieux-être,*
  - *axé sur la personne et sensible aux besoins individuels,*
  - *abordable,*
  - *viable,*
  - *intégré,*
  - *communautaire,*
  - *accessible,*
  - *qui rend des comptes,*
  - *responsabilité partagée,*
  - *respectueux de la diversité du Nouveau-Brunswick.*
- Les principes de la vision sont soutenus par des concepts tels que :
  - *mécanismes qui soutiennent l'accès,*
  - *centres de santé communautaires accessibles 24 heures sur 24, sept jours par semaine,*
  - *optimisation des rôles des professionnels de la santé,*
  - *système de santé branché,*
  - *un dossier de santé par personne, avec accès protégé,*
  - *régies régionales de la santé.*

Points saillants : système de santé proposé

Soins de santé primaires

- Les soins de santé primaires seront fournis selon un continuum de services.

Soins primaires

- Le gouvernement élaborera une stratégie de mieux-être.
- Le renouvellement des soins primaires est fondé sur les principes clés suivants :
  - *Accès axé sur la personne*
  - *Accent sur la promotion et l'éducation en matière de santé et la prévention des maladies*
  - *En milieu communautaire*
  - *Services accessibles 24 heures sur 24, sept jours par semaine*
  - *Continuum de services coordonné et visible*
  - *Approche d'équipe interdisciplinaire de la prestation des services*
  - *Un dossier de santé électronique par personne*
  - *Points de services et dispensateurs reliés électroniquement.*
- Les services de soins primaires seront fournis le plus près possible du domicile des gens grâce à un réseau de centres de santé communautaires.
- Le centre de santé communautaire sera perçu comme le « noyau » physique des soins de santé primaires dans la collectivité.
- Les services de base et les services d'urgence seront accessibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept.
- Les besoins de la collectivité déterminent les heures à service complet et la gamme de services.
- Tous les centres de santé communautaires seront reliés ensemble.

- L'emplacement des centres de santé communautaires sera déterminé par le nombre de personnes, le nombre de médecins et autres dispensateurs de soins de santé et une distance d'environ 50 km.

Services d'ambulance

- Les services d'ambulance constituent une composante intégrale et essentielle du système des soins de santé et apportent les soins de santé aux patients.
- Recommandations visant l'amélioration des services actuels :
  - *Normes concernant le délai d'intervention en cas d'urgence*
  - *Direction médicale au niveau provincial*
  - *Formation en soins immédiats en réanimation pour le personnel d'ambulance*
  - *Système de répartition central unique pour les services d'ambulance terrestre et aérienne*
  - *Secourisme opérationnel intégré et coordonné*
  - *Nombre réduit de contrats de services d'ambulance*
  - *Autres modes de transport pour le transfert non médical de patients entre les hôpitaux et/ou les foyers de soins.*

Soins secondaires et tertiaires

- Redéfinition du rôle et de la responsabilité des services hospitaliers.
  - *L'emplacement des hôpitaux et les services seront déterminés dans le plan de santé provincial et fondés sur la qualité, la viabilité, l'accessibilité et l'efficience.*
- Les soins hospitaliers font partie d'un système de santé intégré.
- Les huit hôpitaux régionaux existants conservent leur rôle actuel.
- Les hôpitaux communautaires traitent des conditions médicales courantes et non complexes.

- L'emplacement des services de soins tertiaires est fondé sur la qualité des soins, la disponibilité des spécialistes et la demande de service (masse critique).

Équipe de prestation des services de soins de santé

- Approche d'équipe interdisciplinaire
- Les professionnels de la santé exercent le plein champ d'activités pour lequel ils sont formés.

Points saillants : la gouverne et la structure

- Établissement de huit régies régionales de la santé [le 1er avril 2002]
  - *Les limites des régions sanitaires actuelles sont conservées.*
  - *Deux régies régionales de la santé dans la Région sanitaire 1.*
  - *Ultérieurement responsable pour la pleine gamme de prestation des services (prévention, éducation, soins primaires, services hospitaliers, services de santé publique, services de santé mentale, Programme extra-mural, services de traitement des dépendances, services d'ambulance).*
- Nomination de huit conseils régionaux de la santé
  - *Conseils régionaux de la santé de 15 membres.*
  - *Conseils régionaux de la santé provisoires nommés par le ministre de la Santé et du Mieux-être pour une période de deux ans, y compris la présidence.*
  - *En 2004, première assemblée annuelle, élections tenues pour élire 5 membres à chaque conseil régional de la santé. Le ministre de la Santé et du Mieux-être nomme 10 membres.*
  - *Les conseils régionaux de la santé choisissent une personne à la présidence et nomment une personne à la direction générale.*
- Investissement dans les conseils régionaux de la santé
  - *Stratégie provinciale d'initiation pour aider les membres des conseils à s'acquitter de leurs responsabilités.*

- Rôles et responsabilités
  - *Ministre de la Santé et du Mieux-être*
    - planifier (à l'échelle provinciale)
    - financer
    - surveiller
    - fournir les services provinciaux
    - gérer les ressources provinciales
  - *Régies régionales de la santé*
    - planifier (à l'échelle régionale)
    - fournir les services régionaux
    - gérer les ressources régionales
    - travailler avec le ministre de la Santé et du Mieux-être
- Conseils régionaux de la santé et structure organisationnelle
  - *attitude proactive et pensée prospective*
  - *créativité et ouverture à l'innovation*
  - *équipe de gestion efficiente et simple, axée sur l'intégration des services.*

Points saillants : le cadre redditionnel

Établissement de la reddition de comptes

- Trois éléments essentiels assurent une reddition de comptes efficace :

  1. ***Rapports redditionnels clairement établis entre les intervenants.***
  2. ***Rôles et responsabilités bien définis pour tous les intervenants.***
  3. ***Processus et outils de gestion efficaces pour la reddition de comptes.***

- Établissement d'un plan de santé provincial et de plans de santé régionaux.
- Le ministère de la Santé et du Mieux-être crée un climat constructif qui favorise la participation et la collaboration des régies régionales de la santé et élimine la concurrence négative entre les régions.
- Liens solides avec d'autres services publics de la région tels que les écoles, les bureaux régionaux du ministère des Services familiaux et communautaires et du ministère de l'Environnement des Gouvernements locaux, et avec des organisations sans but lucratif et des organisations du secteur privé.

Entité administrative provinciale

- Le ministre de la Santé et du Mieux-être et les régies régionales de la santé exploreront le concept de la centralisation des fonctions de soutien administratif dans une entité provinciale, au lieu de déléguer ces fonctions aux huit régions proposées.

Comité consultatif professionnel

- Établissement d'un comité consultatif professionnel dans chaque régie régionale de la santé pour conseiller le conseil régional de la santé. Le comité est composé de représentants des différentes professions de la santé employées par la régie régionale de la santé.

Comité consultatif médical

- Maintien du comité consultatif médical et de son mandat de fournir des conseils sur les questions et les processus globaux en matière de soins cliniques au conseil régional de la santé.

Processus d'amélioration continue

- Le ministère de la Santé et du Mieux-être et les régies régionales de la santé établissent des processus d'amélioration continue aux niveaux provincial et régional.

Lien avec le ministère des Services familiaux et communautaires

- Le ministère des Services familiaux et communautaires participera au processus de planification annuelle entre les régies régionales de la santé et le ministère de la Santé et du Mieux-être dans le cadre des services de soins de longue durée.
- Les conseils des régies régionales de la santé rendent des comptes au ministre des Services familiaux et communautaires pour la prestation des services de soins de longue durée.

Points saillants : le bulletin de santé du Nouveau-Brunswick

Objet et auditoire cible

- Le bulletin de santé du Nouveau-Brunswick vise les trois objectifs essentiels :

  1. *Informer le public au sujet du rendement du système de santé, y compris les normes de santé, l'état de préparation futur, l'éducation des dispensateurs de soins de santé, l'utilisation de la recherche ainsi que les progrès réalisés dans les projets prioritaires (élaboration des soins primaires, intégration de tous les services de santé, accès aux médicaments sur ordonnance et utilisation de ces médicaments, etc.).*
  2. *Informer et éduquer le public au sujet de l'état de santé de la population du Nouveau-Brunswick et des facteurs qui nuisent à une bonne santé.*
  3. *Aider le gouvernement ainsi que les gestionnaires et les dispensateurs du système de santé dans l'élaboration de politiques sur la santé, la planification et l'évaluation du système de santé et les décisions en matière de prestation de services.*

- Le principal auditoire cible est la population de la province.

Cadre du bulletin de santé

- Le cadre du bulletin de santé comprend quatre dimensions particulières :

  1. *les déterminants sociaux de la santé;*
  2. *l'état de santé de la population du Nouveau-Brunswick;*
  3. *le rendement du système des soins de santé du Nouveau-Brunswick;*
  4. *les caractéristiques de la collectivité et du système de santé.*

Première publication

- Le bulletin de santé sera publié environ un an après que les régies régionales de la santé commencent à gérer la prestation des services de santé (printemps 2003).

Surveillance du rendement du système de santé

- La mesure du rendement au moyen de la carte de pointage équilibrée actuellement utilisée pour les services hospitaliers sera étendue à tous les services et programmes qui seront ultérieurement gérés par les régies régionales de la santé (services de santé publique, services de santé mentale, soins de longue durée, etc). Les domaines d'intérêt comprennent les activités financières, cliniques et non cliniques, l'intégration et l'apprentissage du système, et la satisfaction des patients et des collectivités.

Disponibilité des données

- Il est essentiel d'avoir plus de ressources afin d'élargir la gamme des données permettant de comprendre les interactions complexes des facteurs qui influent sur l'état de santé et sur l'efficacité de la prestation des soins de santé au Nouveau-Brunswick.

Recherche en santé : information objective et fondée sur des preuves

- De l'information fiable pour l'établissement de politiques et de services fondés sur des preuves doit venir d'une organisation indépendante, crédible et très en vue dont le principal centre d'intérêt est la recherche, l'analyse et la discussion d'un large éventail de questions liées à la qualité et au rendement dans le système de santé.
- Le gouvernement confiera à un tiers indépendant (l'institut de recherche) le mandat d'élaborer le bulletin de santé, puisque l'impartialité et la perception d'impartialité sont cruciales pour l'intégrité et la crédibilité du bulletin de santé du Nouveau-Brunswick.
- Le gouvernement provincial investira des sommes suffisantes dans la création de la capacité de recherche dont la province a tant besoin pour que nous puissions avoir des solutions élaborées au Nouveau-Brunswick découlant de recherches faites au Nouveau-Brunswick.

Points saillants : la Charte

- La Charte des droits et responsabilités décrit les droits et les responsabilités à tous les niveaux : la personne, le professionnel de la santé et le système.
- La Charte traite des points suivants :
  - *Accès aux services de santé*
  - *Droit de prendre ses propres décisions*
  - *Communication et information de qualité*
  - *Considération et respect personnels*
  - *Réponses à vos questions, préoccupations et plaintes*
  - *Explication des responsabilités individuelles au sein du système de santé et à l'égard des professionnels de la santé.*
  - *Soutien d'une prestation de services qui cherche à répondre aux attentes collectives.*
- La Charte des droits et responsabilités informe, éduque et soutient une prise de décision éclairée par les personnes et les professionnels et par le système.
- La Charte appuie des mécanismes qui soutiennent les personnes dans le plein exercice de leurs droits. Ces mécanismes sont :
  - *La création d'un bureau du curateur/tuteur public pour aider et protéger les personnes qui ne sont plus en mesure de prendre leurs propres décisions concernant la gestion de leurs biens et de leurs soins personnels et soins de santé et qui n'ont personne d'autre pour assumer cette responsabilité.*

- *La création de postes de défenseur provincial et de défenseurs régionaux pour faciliter les rapports des citoyens avec le système, surtout dans les cas où des problèmes doivent être réglés, de l'information qui n'est pas facilement accessible doit être obtenue ou une personne estime qu'elle ne reçoit pas l'information qui lui faut.*
- *L'adoption de mesures législatives pour le recours à des directives préalables en matière de soins de santé, qui permettent à une personne de préparer à l'avance une déclaration énonçant ses désirs. Les directives préalables sont appliquées seulement si la personne n'est plus en mesure de faire connaître ses désirs.*

Points saillants : questions relatives aux programmes et recommandations du Comité de l'étude sur les services de santé

Le quatrième élément du mandat du Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé consistait à examiner les 122 recommandations du Comité de l'étude sur les services de santé et à fournir des conseils sur leur mise en œuvre.

Généralités

- Les ministères concernés donnent suite à plusieurs des recommandations du Comité de l'étude sur les services de santé.
- Un nombre important des recommandations du Comité de l'étude sur les services de santé sont traités dans les propositions du Conseil qui touchent à la gouverne, à la prestation des services et à la reddition de comptes.

Améliorations des programmes et des services traitées par le Conseil :

- Soins de courte durée
  - *Prestation régionale par l'entremise des régies régionales de la santé.*
  - *Continuum homogène de soins et de services qui comble les lacunes actuelles dans les soutiens et les services de courte durée (moins de trois mois).*
- Soins de longue durée
  - *Prestation régionale par l'entremise des régies régionales de la santé.*
  - *Les sommes accordées pour les menues dépenses et l'allocation de vêtements sont modifiées pour mieux répondre aux besoins des clients.*

- *Courants de politiques et de services distincts pour les personnes handicapées et pour les personnes âgées.*
- *Les services des foyers de soins sont perçus comme une partie intégrante du système de santé.*

- Augmentation du personnel dispensateur de soins.
- La composante des soins devient une composante assurée.
- Rationalisation du processus de livraison des permis et d'inspection.
  - *Plus grande souplesse régionale dans la détermination des niveaux appropriés de services et de financement.*
  - *Rationalisation du processus d'évaluation pour déterminer la capacité du client de contribuer financièrement à ses soins.*
- Produits pharmaceutiques
  - *Soutien d'un processus d'approbation commun des produits pharmaceutiques.*
  - *Exploration des besoins des bas salariés.*
  - *Assurance que les citoyens ont accès aux médicaments sur ordonnance dont ils ont besoin.*
  - *Harmonisation des recueils de produits pharmaceutiques pour éviter les interruptions pour les personnes qui passent d'un service à un autre dans le système.*
- Premières nations
  - *Réunions régulières d'un comité tripartite, composé de représentants du gouvernement fédéral, du gouvernement provincial et des Premières nations, pour remplir son rôle.*
  - *Établissement de comités de liaison entre les Premières nations et les régies régionales de la santé.*

- Services de santé publique
  - *Prestation régionale par l'entremise des régies régionales de la santé.*
  - *Amélioration des services visant les enfants, les adultes et les personnes âgées.*
  - *Mandat renouvelé en matière de promotion de la santé.*
  - *Continuum complet de services de santé pour les enfants.*
- Services de santé mentale
  - *Prestation régionale par l'entremise des régies régionales de la santé.*
  - *Accent accru mis sur la prévention, la promotion et l'éducation.*
  - *Résolution des problèmes d'accès aux services.*
  - *Plus grande uniformité des services partout dans la province.*
  - *Liens et coordination accrus avec les services de traitement des dépendances.*
  - *Participation continue des organisations communautaires.*
- Services de réadaptation
  - *Prestation régionale par l'entremise des régies régionales de la santé.*
  - *Redéfinition du plan directeur provincial des services de réadaptation.*
  - *Changements importants dans la prestation des services de réadaptation dans la collectivité afin de faciliter l'accès des clients aux services.*
  - *Soutien d'une forte capacité provinciale en matière de services de réadaptation tertiaires.*
  - *Mise en place d'aides à la réadaptation.*

- Professionnels de la santé
  - *Soutien et encouragement des professionnels de la santé afin qu'ils puissent exercer le plein champ d'activités pour lequel ils sont formés.*
  - *Établissement, dans les débuts, d'un mécanisme structuré avec la communauté médicale afin de progresser ensemble dans le renouvellement du système de santé, en particulier les soins primaires.*
  - *Autres modes de rémunération des médecins.*
  - *Rôle accru du personnel infirmier, y compris le personnel infirmier auxiliaire, dans la prestation des services, en particulier au niveau des soins primaires.*
  - *Mise en place d'infirmières praticiennes.*
  - *Élaboration d'une stratégie provinciale sur les aides familiales.*
  - *Examen de la faisabilité d'ajouter des sages-femmes au système.*
- Formation professionnelle
  - *Stratégies de recrutement et de maintien pour les professionnels clés de la santé dans les domaines où des pénuries sont connues ou prévues.*
  - *Accès accru des étudiants du Nouveau-Brunswick aux différents programmes de formation en santé grâce à une stratégie éducative.*
- Technologie
  - *Dossier médical unique.*
  - *Système d'information branché.*
  - *Amélioration du recours à la technologie médicale.*

Financement

- *Établissement de priorités pour les services communautaires.*
- *Soutien à l'innovation et à la recherche.*

HEALTH *Renewal*

Report from the
Premier's Health Quality Council

New Nouveau
Brunswick
CANADA

January 2002

Table of Contents

Executive Summary 7

1.0 Introduction 11

1.1 The Council 11

1.2 The Context 12

1.3 Evolution of the Mandate 13

1.4 The Report 14

2.0 A Health Vision for New Brunswick 15

2.1 Introduction 15

2.2 The Vision 16

3.0 Proposed Health System 20

3.1 Introduction 20

3.2 Primary Health Care 21

3.3 Secondary and Tertiary Care 32

3.4 Health Care Services Delivery Team 37

4.0 Governance and Structure 42

4.1 Introduction 42

4.2 Objectives Relating to the Establishment of Regional Health Authorities 43

4.3 Regional Configuration 43

4.4 Regional Health Boards 45

4.5 Roles and Responsibilities 46

4.6 Suggested Board and Operational Structures 47

4.7 Suggested Organizational Structure 47

4.8 Transition of Existing Governance Structures 48

4.9 Suggested Transition Provisions and Possible Implementation Schedule 49

4.10 Conclusion 49

5.0 Accountability Framework 50

5.1 Accountability in the Health Care System 50

5.2 Minister of Health and Wellness/Regional Health Authorities Responsibilities 51

5.3 Chief Executive Officers of Regional Health Authorities Responsibilities 56

5.4 Professional Advisory Committee 58

5.5 Medical Advisory Committee 58

5.6 Effective Accountability Management Processes and Tools 58

5.7 Planning and Priority Setting 59

5.8 Funding 60

5.9 Performance Measurement 60

5.10 Communication 61

5.11 Department of Family and Community Services Linkage 61

5.12 Conclusion 62

6.0 New Brunswick Health Report Card 63

6.1 Introduction 63

6.2 Purpose 63

6.3 Target Audience 64

6.4 Performance Monitoring 64

6.5 Framework 65

6.6 Design Considerations / Challenges 69

6.7 Health Research - Objective, Evidence-based Information 71

7.0 Charter of Rights and Responsibilities 78

7.1 Introduction 78

7.2 Purpose of the Charter 79

7.3 The Charter as a legislated act or part of public policy 79

7.4 The Proposed Charter 80

7.5 Supporting Mechanisms 81

7.6 The Charter 91

8.0 Program Issues and Health Service Review Recommendations 96

8.1 Introduction 96

8.2 Short Term Care 100

8.3 Long Term Care 101

8.4 Ambulance Services 104

8.5 Pharmaceuticals 104

8.6 First Nation Services 106

8.7 Public Health Services 108

8.8 Mental Health Services 109

8.9 Rehabilitation Services 113

8.10 Physician Services 116

8.11 Nursing Services 117

8.12 Other Health Service Providers 119

8.13 Professional Education 120

8.14 Technology 122

8.15 Funding 123

Appendix A - Council 125

Executive Summary

The Premier's Health Quality Council was established in January 2000 by the Premier with a specific two-year mandate to:

- Develop an action plan to move to a system of Regional Health Authorities and Regional Health Boards;
- Oversee the development and implementation of the Health Care Report Card, health quality standards, and performance measures;
- Assist in the development of the Patient Charter of Rights and Responsibilities;
- Provide advice on the implementation of the recommendations of the Health Services Review report conducted with New Brunswickers in 1998/1999.

In mid-2000, the government of New Brunswick also requested specific recommendations from Council on primary care reform, in light of the Federal Government's commitment to the renewal of primary care.

To address these many tasks, Council reviewed experiences from other jurisdictions and advice from health policy experts and health professionals. From these, Council concluded the proposed government strategies were positive ones. Yet, it quickly became apparent that more is needed if the province means to achieve a sustainable, community-based and person-focused health system, capable of continuously responding to the province's health needs.

Today's health care system consists of people, programs, processes, technology, organizations, and structures. Successful outcomes depend not only on each individual part but on how each part fits into the whole, thereby providing patients with improved access and better health care service delivery.

Council worked to develop a blueprint to guide New Brunswick's health. Essential to this blueprint, is a clear vision which describes the goal for our health care system and outlines it. This vision will serve as a reference point for government, policy makers, managers and health service providers, allowing individual initiatives to contribute to a common goal. Council's proposed vision serves as a starting point and will need to be complemented with the input of all stakeholders. Undeniably, this will be challenging and will require dedication and cooperation from all stakeholders; including government, health professionals and communities. However, if achieved, this vision will result in better health care for New Brunswickers and a work environment that allows providers to excel in their respective professions.

Themes

This report is organized around the components of the mandate set out for Council. As Council worked to set out a blueprint for the future of New Brunswick's health system, four themes emerged. These themes are:

- Integrated and Accessible Health Care System
- Management Structure and Accountability
- Rights and Responsibilities
- Program Improvements

Council has developed a number of key targets within each of the above themes. The provincial government may choose to address these targets separately as some of the targets are independent of each other. For example, the Charter of Rights and Responsibilities recommendations can be carried independent of establishing he Regional Health Authorities. However, in other cases there are dependencies. The Report Card target, for example, does depend on the implementation of the health research and information technology recommendations. Therefore, Council recommends that a holistic approach be adopted for the renewal of the health care system.

Note that action on the recommendations related to Management Structure and Accountability can proceed independent of the timing of action on the other recommendations and Council recommends that action be taken accordingly.

The key targets within each theme are as follows:

Integrated and Accessible Health Care System

- Integrating a wellness focus alongside the current treatment focus
- Local/provincial requirements
- Definitions of primary, secondary and tertiary care for purposes of access and sustainability
- Community Health Centres for access and effective use of resources
- Regional Health Authorities for integration of generic delivery and local responsiveness
- Redefining the roles of health professionals
- Creating a single electronic patient record

Management Structure and Accountability

- Evidence-based management
- Innovation and continuous improvement
- Management practice (integrated plan/budget)
- Information system
- Health research institute
- Report Card

Rights and Responsibilities

- Charter of Rights and Responsibilities
- Public Trustee/Guardian
- Citizen Advocate
- Advanced Health Care Directives

Program Improvements

- Provincial Health Plan
- Short term care
- Long term care
- Ambulance
- Pharmaceuticals
- Public Health
- Mental Health
- Rehabilitation

To be person-focused and community-based, the delivery of health services must move away from the current management by program approach. Instead, Council recommends that services be integrated and offered as a continuum. Service sites and health professionals must coordinate access, ensuring each patient receives the right service at the right time by the right person in the right place.

Implementing the recommendations put forward by the Premier's Health Quality Council in this final report will require the adoption of a change management process that is inclusive of various stakeholders. Given cost implications and current health professional shortages, the government may choose to implement some of the recommendations over time. However, Council strongly recommends that the government foster the engagement of community stakeholders, including health professionals from the outset.

The Department of Health and Wellness and the Regional Health Authorities must actively demonstrate a leadership that will invite the participation and ideas from citizens within the regions, health professional organizations, employees and involved unions. Ongoing consultation and open dialogue must take place at each stage of the process.

The government has an opportunity to instill a new culture within New Brunswick's health system; one that is forward looking, thrives on innovations and continuous improvement and one that introduces change through a participatory approach. The Premier's Health Quality Council firmly believes that such a culture is imperative for a health system that meets the changing needs of New Brunswickers, today and tomorrow.

1. Introduction

1.1 The Council

The Premier's Health Quality Council was established in January 2000 by the Premier with a specific two-year mandate to develop an action plan to move to a system of Regional Health Authorities and Regional Health Boards; oversee the development and implementation of the Health Care Report Card, health quality standards, and performance measures; assist in the development of the Patient Charter of Rights and Responsibilities; and provide advice on the implementation of the recommendations of the Health Services Review report conducted with New Brunswickers in 1998/1999.

The Premier appointed fourteen members from across the Province to Council representing a wide array of interests, expertise and perspectives, including health administrators, front-line service providers, academics, researchers and consumers. The full membership of Council can be found in Appendix A.

To fulfill its mandate, Council built a knowledge-base upon which advice and recommendations could be developed for the Premier's consideration. To build this knowledge base, Council:

- Held three-day monthly meetings of full Council. In all, Council will have met twenty-four times;
- Established a number of sub-committees who met in order to more fully explore specific issues. Sub-committees were established in areas such as Governance, Report Card, Charter of Rights and Responsibilities, Primary Care, Secondary and Tertiary Care, Roles of Health Professionals and Accountability Framework;
- Held a series of 'think-tank' dialogue sessions with front-line service providers to more fully understand the programs and services offered under the umbrella of the health system and to benefit from their perspectives on how to improve the system;
- Invited a number of speakers and experts in various related fields to share their knowledge and views with Council;
- Built a knowledge-base around best-practices as identified in the current literature;
- Held public sessions across the province to ask New Brunswickers' views with respect to the changes needed in the health system; and
- Met on a continuous basis with government departments who now impact on the health system and who will be impacted by the implementation of government's decisions.

1.2 The Context

Like all Canadians, the people of New Brunswick consider the health system to be a priority. In most instances, New Brunswickers who have accessed the system were satisfied with the quality of the services they have received. Still, there is a growing unease that the system may not be sustainable in the future and New Brunswickers have repeatedly identified problems and inefficiencies in our health care system.

As in many parts of the country, New Brunswick's health system continues to face challenges in delivering health services efficiently and effectively. Costs continue to rise and despite significant increases in health care spending during the past two years, New Brunswickers still have a system that is not meeting all of their needs. Due to a nation-wide shortage of health professionals, accessing the system is a growing challenge for many New Brunswickers. Yet, thousands of health professionals work very hard to ensure that each New Brunswicker receives the best possible care and service available.

Fundamental change is needed to ensure our health system is truly responsive and sustainable. Governments across the country are now grappling with this same task and are searching for alternative methods and approaches that will ensure a sustainable and responsive health system. The challenge is not limited to the way services are delivered, but also encompasses how health professionals work within the system.

A central problem is the lack of a vision to guide planning and priority setting. There are difficulties in accessing the system on a timely basis, tracking individuals and their care throughout the system and determining who is responsible for what. In many instances, these difficulties can affect the quality of care and the costs of providing care.

Also, there has been little investment in wellness, resulting in a system more concerned with disease management rather than prevention of illness and health promotion for individuals, families and communities.

The health of the New Brunswick population is not determined by investment in the health system alone. It is socially determined by income, working conditions, environment, early childhood development, education and social support, as well as lifestyle choices and health care services. Sustainable change in the health of New Brunswickers must be an outcome of all these factors.

In addition, there is a general feeling of disenfranchisement among the population and providers within the system. Over time New Brunswickers feel they have lost their voice in the decisions that affect their lives and their communities. Local initiative and good ideas have been lost because of the over-centralization of decision-making authority.

To build a healthy system for the future we must address the realities and the problems within our current system. More than ever we need to develop a long-term vision that focuses on individuals and communities. We need to develop a system that is more concerned with good health as a way of life, a system that can sustain itself and be there for New Brunswickers in the future.

1.3 Evolution of the Mandate

Council's mandate was essentially to develop a blueprint that would move New Brunswick's health system to a person-focused, community-based reality. To do so, Council is bringing forward in this report recommendations for a governance structure that will allow for greater participation and public accountability through the advent of the Report Card and the Accountability Framework. This report recommends a process by which New Brunswickers can be informed of the rights and responsibilities all citizens have towards their own health, as well as a number of recommendations on how current programs and services can be improved.

A true renewal of the health system must be open to innovation. It must go beyond structural change and include process changes. It needs to be predicated on a shared vision and be coordinated to achieve efficiency for the system and better quality service for the people who access the system. Improved information systems are essential and will require new investments.

The lack of a coordinated and integrated primary care system has led to an over-reliance on, and often inappropriate use of, our hospital facilities. Our health professionals, many of whom are in short supply, often work in isolation from one another. Also, health professionals are not being utilized to their full potential, even while each brings education and a host of skills to the system.

Council therefore invested a significant portion of its time developing recommendations on the health system itself. Focusing on primary care, Council attempted to sketch a blueprint that would ensure that each person receives the right service at the right time by the right person in the right place.

1.4 The Report

Council is pleased to present this Report to the Premier for consideration. In its entirety, the Report represents Council's best advice on a blueprint for change. Council took the mandated responsibility seriously and realized the challenge such a mandate presented. Due to the complexity of the health care system, Council does not purport having considered all aspects and all issues confronting the system. A blueprint is a first step in effecting true, sustainable change. Many challenges remain for government on the road to implementation. Yet both the population and the health professionals are ready for change. The keys to success include the continued involvement of all stakeholders and a willingness to be bold and creative. The keys to sustainability include the will to invest in long-term, evidence-based alterations and the will to rebuild the system without resorting to stop-gap measures.

New Brunswick is not pursuing health care renewal in isolation. The entire country is moving in this direction and New Brunswick must seize every opportunity presented over the next several years recognizing the need to move forward in a cooperative manner with all stakeholders. The responsibility of the government, and of all parties, is to embrace and be responsive to innovation.

2.0 A Health Vision for New Brunswick

Good health is a priority and a way of life for New Brunswickers. A healthy province means having a social, economic and physical environment that enables people of all walks of life to practice good health habits in their daily lives in order to achieve and maintain well-being. This is supported by public policy.

2.1 Introduction

Council's first step was to construct a vision outlining how a renewed health system should perform. The vision provided direction for Council to address the four components of the mandate.

The vision creates the foundation from which to address the various dimensions of a person-focused, community-based and integrated health system. This perspective required Council to consider the structure and processes of the system at both the governance and service delivery levels. For example:

- Moving toward a health governance system consisting of Regional Health Authorities and Regional Health Boards required Council to consider which services should fall under Regional Health Authorities, how these should be structured and where they should be delivered;
- Overseeing the development and implementation of a Health Report Card, health quality standards and performance measures required looking at what is currently available and what will be needed to provide good information to the public and guide decision-making;
- Developing a Charter of Rights and Responsibilities required looking at what rights are and what needs to be in place to deliver those rights and support individuals to fulfill their responsibilities; and
- Providing advice on implementing the recommendations contained in the Health Services Review required looking at the best possible ways to address the areas New Brunswickers identified as needing improvement.

All these dimensions required that Council look at the system in its entirety. Movement on the national scene on primary care reform was yet another consideration and an opportunity for Council to include this at the forefront of its deliberations. It became clear that in order to be true to today's realities and Council's vision, all these areas needed to be included to elaborate on and support the fulfillment of the mandate.

Subsequently, Council is making a number of recommendations for government to consider in all those dimensions to support the evolution of a system based on the proposed vision.

2.2 The Vision

The lack of a provincial vision for health was seen as the largest, most significant gap in the current system. Any blueprint for the future system must be based on a clearly stated vision for the future.

The Health Vision for New Brunswick is considered a long-term commitment by the government and the health system. It is our vision that New Brunswickers, looking at where we are in 2005 will see considerable progress. However, it must be recognized that many elements will still be at the developmental and planning stages.

The Premier's Health Quality Council proposes the following:

Good health is a priority and a way of life for New Brunswickers. A healthy province means having a social, economic and physical environment that enables people of all walks of life to practice good health habits in their daily lives in order to achieve and maintain well-being. This is supported by public policy.

To achieve health as embodied in the vision a fundamental renewal of the health system in New Brunswick will be required, such as:

- Defining health as a state of complete physical, mental, spiritual and social well-being, not merely the absence of disease or illness;
- Making New Brunswickers aware of health risks, healthy lifestyles and factors impacting their health;
- Keeping New Brunswickers informed about health issues and encouraging the population to take pride in active participation as volunteers in their communities and as members of local boards;
- Ensuring health services are provided by teams of professionals working in collaboration, are fully integrated, work closely with community agencies, and are easily accessible at all times;
- Ensuring basic services are available within the community and specialized services are available in secondary and/or tertiary hospitals;
- Creating an electronic health record to follow each individual, and ensuring confidentiality of the record is protected;
- Ensuring individuals are valued, involved and respected;
- Supporting and valuing the professionals working in the system;
- Reporting performance results and health outcomes designed to guide system planning and service delivery;
- Delivering health services in an affordable and sustainable manner; and
- Continuing the renewal process.

This assumes compliance with the Canada Health Act and its five principles; accessibility, portability, public administration, comprehensiveness, and universality.

Principles	Concepts
• Quality Health/Wellness	• Mechanisms to support access
• Person-focused	• Community Health Centres - 24 hrs/7 days
• Community Involvement	• Maximize role of each health professional (RN, MD, pharmacist, community health worker, etc.)
• Integration/seamless service	• Service from an integrated, multi-disciplinary team of health professionals
• Shared responsibility for health (people/ health system)	• "Wired and connected" health system
• Accessibility	• One health record per person, with protected access
• Affordability/Sustainability	• Regional Health Authorities
• Accountability	
• Respectful of New Brunswick 's Diversity	

The Council's vision statement translates into a series of important principles and concepts that should guide the renewal of the system:

The principles which anchor the health system renewal are clarified as follows:

Quality health

Positive health outcomes must be rooted in the delivery of programs and services. A quality health system is one that provides the right service at the right time in the right way by the right person in the right place.

Wellness

The health system must focus not only on disease management, but also on wellness promotion. New Brunswickers must live in an environment that promotes health and provides access to illness prevention services and education. They must also have access to health and wellness resources that support responsible life choices and healthy, active lives.

Person-focused and responsive to individual needs

The health system must be concerned with individuals as whole persons, not as parts to be fixed. People should have the support to make informed choices and be encouraged to participate in decisions regarding their personal health care.

Affordable

A sustainable health system for the future must be an affordable one. The health system must look at alternatives to spending increases in an attempt to renew the system. The system should be based on an affordable, long-term plan.

Sustainable

The health system will continue to be available and affordable to all New Brunswickers for many years to come. The system will continue to provide high quality service and invest in and encourage innovation and continuous improvement.

Integrated

The health system must be designed to respond to individual needs and health professionals need to collaborate to ensure continuous, responsive care. Service delivery needs to be appropriately organized and coordinated at each level to respond seamlessly to the individual's needs.

Community focused

Primary care services must be available at the community level. Most secondary services will be available within each region and tertiary services will be available in some regions. New Brunswickers must have equitable access to services. Each community should participate in decisions affecting health services and programs.

Accessible

The health system must respond to family and work reality by offering flexible hours of service based on each individual community's needs. The roles and responsibilities of health providers should be adaptable to individual's needs. The health system must provide measures to eliminate barriers to access arising as a result of the travelling distance between the individual and the service.

Accountable

The health system should inform New Brunswickers about its performance and of its success in attaining its health quality standards. The results of this monitoring and reporting should help influence and direct policies and programs. The health system must remain accountable to the citizens of New Brunswick.

Shared responsibility

Each of us has a stake in the health system. New Brunswickers will understand what they can expect from the health system as well as their own responsibility to make healthy choices for themselves and for their communities to ensure a sustainable health system. Public policy will create an environment that promotes health among New Brunswickers as well as an efficient, effective health care system.

Respectful of New Brunswick's diversity

The health system must be structured to respect community and individual differences. New Brunswickers are treated with dignity and compassion. Cultural, lifestyle, linguistic and geographic differences need to be respected.

3. Proposed Health System

3.1 Introduction

In order to carry out the vision recommended in this report, a significant change must occur in the way services are designed and delivered. Council believes the health system should address the needs of people in an holistic fashion as opposed to categorizing and delivering the services according to isolated needs. Therefore, health care services must be integrated and coordinated in order to be truly person-focused. Needs will vary depending on age and life circumstances, requiring the health system be based on a comprehensive continuum of services ranging from wellness, promotion and prevention services to primary, secondary and tertiary care.

Council's vision calls for a health system which does not focus solely on illnesses affecting only a portion of the population and recognizes that the health system of the future must focus on the wellness of the population. To further this concept, Council supports the need for a wellness strategy.

In its second report (Working Together For Wellness: A Wellness Strategy for New Brunswick, dated April, 2001) the Select Committee on Health Care defined wellness as "a state of emotional, mental, physical, social, and spiritual well-being that enables people to reach and maintain their personal potential in their communities." The report included a Strategic Framework for Wellness that provides direction for government in areas such as government leadership, healthy public policy, linking wellness and illness, collaboration, supporting and sharing best practices, evidence and research, measuring, monitoring, tracking progress and public reporting, citizen participation, and long term commitment. The Committee also recommended government ensure all departments develop a healthy public policy, review existing policies impacting on the wellness of New Brunswickers or their ability to improve their own health. Council advocates the idea that the government should work to identify opportunities to collaborate with the various levels of government, the business sector, universities, non-governmental organizations, and communities to improve wellness.

Council supports the Select Committee on Health Care in its comprehensive and thoughtful recommendations. Council proposes that the government seriously consider the advice and present a wellness strategy to New Brunswickers. The blueprint presented in Council's report is predicated on the implementation of effective initiatives and strategic investments in wellness initiatives.

3.2 Primary Health Care

3.2.1 Definition

Council defines primary health care as individual and community-focused health care that is seamless, integrated, coordinated, accessible and sustainable. It supports individuals, families and communities and helps make the best decisions for their health. It includes information and advice on health education and promotion, injury prevention, individual health assessments, diagnostic and treatment of acute episodic and chronic conditions, and supportive and rehabilitative care. Services are provided by health care professionals who have the right skills to meet the needs of individuals and the communities being served. The primary health care team works in partnership with consumers, and facilitates their use of other health-related services when required. Health care is provided as a continuum of services ranging from public policy, health education and promotion, illness prevention, primary, secondary and tertiary care. The focus of integrated health care is on the coordination of services across the continuum of care, as well as collaboration and communication among providers in the planning and delivery of health care services. Individuals are assured of continuity of care.

3.2.2 Primary Care

The primary care sector encompasses a number of programs and services. Services focus on health prevention and promotion, and the management of on-going chronic problems. It is the sector in health care that is the most extensively used by the population and therefore is present in one form or another in every community. Some services are accessible through the publicly funded health care system (the province pays for the service) while others are offered by the private sector whereby the user pays the provider directly. Using today's terminology and labels recognized by the general population, a few examples of primary care programs and services are listed below to help further define the sector:

- General family medicine / Doctor's Office
- Pharmacy / Clinical Pharmacy Services
- Extra-Mural Program / Home Health Care, Palliative Care
- Mental Health / Centers, Private Psychologist's Office
- Dental Health / Dentist's Office
- Long Term Care / Nursing Homes, Special Care Homes
- Public Health / Immunizations, Nutrition, Sexual Health

- Rehabilitation Services / Physiotherapy, Occupational Therapy, Audiology, Speech Language Therapy
- Outpatient Services and Clinics
- Chiropractor's Office
- Alternative Therapy
- Addiction Services / Detoxification Centers

Unlike secondary and tertiary sectors where services are accessed via the hospitals, the primary care sector tends to have more access points. There are many service sites and programs involving a number of public and private health care providers. Organizationally, most operate independently with their own patient health records system. Communication mechanisms and linkages between the various service sites tend to be unstructured which require the user/patient to be more vigilant in terms of accessing the right care, at the right time, by the right provider.

Many recommendations proposed by the Premier's Health Quality Council for primary care are aimed at improving access to services through a more co-ordinated and structured service delivery, particularly for those primary care services that are funded by the province.

3.2.3 Guiding principles

Council proposes the renewal of primary care be based on the following guiding principles which will facilitate the implementation of Council's vision for a seamless, integrated, co-ordinated, sustainable, person-focused primary care service. The principles are as follows:

Person-focused access

Services must be delivered as close as possible to where people live. Some health services, such as acute care, palliative care and long term care should continue to be provided in the person's home.

The system must clearly inform individuals which primary care services they can expect to receive within their community and where other primary care services are provided if services are not available in their immediate community.

To facilitate access to services, a comprehensive range of ambulatory services should be coordinated from one location. Individuals referred to another provider should be informed who the provider will be and when the service will begin.

Emphasis on health promotion, education and prevention of illness

Primary care includes a vast array of services aimed at maintaining good health and preventing illness as well as the diagnosis and treatment of illness. Primary care providers must reach out to the unmet needs of communities with activities like screening programs, callback service and health education. Educational health programs must be made readily available to the population within local communities.

Community-based, non-institutional setting

Primary care must be provided in settings close to where people live. Primary health services presently provided in hospitals would be transferred to facilities where they will be easier to access. However some expensive equipment, for instance, used by both primary and secondary services, in the same community, should not be duplicated.

In order to increase efficiency and avoid duplication, it may be advisable in some communities for primary care and hospital services to co-locate, however each should be distinctly managed by the Regional Health Authority.

Accessibility of services

Service hours for primary care services must be based on the need of the community and the availability of resources. Hours need to reflect the work and family life of the area. Hours of operation need to reflect the community life. New Brunswickers must have access to services 24-hours a day, 7-days a week.

Coordinated and visible continuum of services

Individuals must have access to a comprehensive selection of primary care services, including health promotion/education/prevention. The range of primary care services would be determined based on the needs of the community and availability of resources. However, access would be coordinated.

Interdisciplinary team approach to service delivery

Each provider or team of health professionals must take responsibility for a community or geographic area, reaching out to fulfil needs. The team will plan and deliver services by focusing on all aspects of the continuum of primary health care including health education, promotion, prevention, secondary, and tertiary care. The roles of various providers would be enhanced by having clearly defined responsibilities amongst the various professions involved. The goal is to make full use of all providers based on their respective knowledge, skills and abilities.

One electronic health record per person (secure and confidential)

Primary care service providers should have access to a single individual electronic health record per person/patient. This would ensure that appropriate information is available regardless of where and how (in person or by phone) people access services. Providers would not need to depend only on the patient's ability to explain services and treatments he or she received previously from another health service provider and will help improve utilization of services and treatments, including prescription drugs.

Achieving the one electronic health record per person would require particular attention to confidentiality. This health record system should be built on "a need to know" basis in terms of provider access. Protocols should be established to ensure the person/patient becomes the "owner" of his or her electronic health record, thus promoting the concept that the patient would control as much as possible who would have access to the record. There should also be an understanding that access would still be obtained for medical emergency reasons if the patient is unable to communicate permission to do so. The record should have a tracking feature that allows the patient to see who has accessed his or her health record.

Services sites and providers are electronically linked

Primary care service sites, including physicians working in solo and/or in group practices and other settings, must be electronically linked as part of the health system. This would allow electronic exchanges that would improve communications and service delivery processes, including access to the patient's electronic health record. The primary care sector must also be electronically linked to secondary and tertiary care facilities.

3.2.4 Primary Health Service Delivery

Delivery Distinctions

The variety of services in primary care is not only exemplified by the different providers involved but also by the various settings from which the services are dispensed.

The majority of services are accessed by individuals and groups traveling to service locations. It is recognized some service providers go to the location of the individual or of the client group. Programs such as Extra-Mural and Public Health are just two examples where the majority of the providers would go on-site to deliver services (home, schools, nursing homes, community centers, etc.).

Council proposes these distinctions must be incorporated into the redesign of the primary care sector.

Service Delivery

The Premier's Health Quality Council recommends that the renewal of the health system include the notion of offering services as close as possible to the person. Advances in medical treatments and technology increasingly make this goal more attainable. Interventions that in the past would only be performed in secondary and tertiary facilities are now being provided in primary care settings or in the patient's home.

Council acknowledges that at present many primary care services are provided from the physician's office and that this situation will continue. However, to enhance local access Council recommends all primary care services where feasible should be provided or coordinated through a network of Community Health Centres. While it will take time to achieve this objective, the government can build on the models presently operating in the province.

Certain elements were identified as essential to the establishment of Community Health Centres. Council considered it essential that:

- The Community Health Centre be viewed as the physical "nucleus" of primary care in the community;
- Basic health care services, including basic emergency services, be accessible 24 hours a day, seven days a week;
- Community needs determine the full service hours and the range of services provided by a Community Health Centre;
- There is an interdisciplinary team approach to service delivery;
- Continuity of care be supported by the creation of one electronic health record for each citizen;
- Larger communities may need to have more than one Community Health Centre; and
- There would be no acute care beds.

The extent to which Community Health Centres should offer all primary care services will vary depending on the size and needs of the population within the Community Health Centre's catchment area. For those communities, some primary care services would be available only in larger centres, however the local Community Health Centre should be linked with the larger centre and referral will be facilitated.

Community Health Centres should perform a triage and intake function and an assessment and diagnostic function including basic x-ray, specimen collection transportation, basic laboratory, and EKG. The treatment and intervention function will need medical, surgical and pharmaceutical supplies and a treatment room to support family medicine and basic emergency health care services. Health information, health education and promotional programs and illness prevention must also be part the services one will find in a Community Health Centre.

Although patients and clients will be encouraged to make appointments to access services, some services would be available by phone and basic emergency services will be available during all hours of operation. Individuals should be directed to the appropriate services and whenever possible appointments should be arranged before individuals leave the centre.

Council proposes that every New Brunswicker should have a family physician in order to ensure continuity of care and best possible outcomes for patients, and to facilitate physicians offering the best possible care. However an individual without a family physician and in need of medical attention would be able to access medical services at the Community Health Centre through the attending physician until arrangements can be made for a family physician. This would also apply to an individual whose regular physician is unavailable, with the information going to the family physician at the end of each day.

Council recognizes that various access points to primary care will continue to exist, including the office of a physician who works collaboratively with a nurse or with other colleagues. All service sites will be linked to the closest Community Health Centre for purposes of referring patients for other services and for medical coverage for the physician practice outside of office hours.

Through the collaborative model and a team approach to providing primary care, Council proposes that it should not be necessary for the family physician to see every patient with a basic medical need. Other members from the team of health providers could provide consultation and/or perform treatment services. These other providers could be accessed via telehealth and/or on site at the Community Health Centre. For continuity of care purposes, however, it is important that the family physician continues to play a central role in the patient's care plan. Effective communication mechanisms, including the electronic health record, should be established to support the key role that the family physician must perform.

Services provided at the Community Health Centre must be delivered in a way as to support and complement the work of the physician/nurse collaborative team being performed in the physician's office. These services could include:

- Provision of general information regarding health related services, locations and access processes, including facilitated referrals;
- Education and promotion of healthy lifestyles for children, adults and seniors;
- Comprehensive child health services which include pre-natal and post natal care, breastfeeding counselling, early childhood development/school readiness, parenting / life skills training, nutrition, immunization, well-baby and pre-school clinics;

- General family medicine supported by basic diagnostic tools and equipment;
- Health promotion and disease prevention clinics as well as chronic care follow-up, and risk behaviour management;
- Sexual health education and counselling, and treatment of sexually transmitted diseases;
- Palliative care services, including pain management;
- Geriatric assessment; and
- Medication assessment and education.

Access to basic emergency health care

Individuals must be assured of available expertise to respond to their health needs around the clock in person or by phone. Some Community Health Centres would not be open 24 hours a day, however when those sites are closed, phone calls would be re-directed to an around the clock service site. For those accessing the service site in person, they would be informed where they may physically access the nearest service site.

Council advises the evolution of Community Health Centres and their location be guided by the number of people, the number of physicians and other health care providers available, with each Centre reaching out about 50 km. A Community Health Centre or a secondary care facility providing such service would be staffed full time with a nurse with access to a physician on site or by telephone. As a result, there would be less pressure on emergency rooms at secondary and tertiary hospitals.

At present, a Telecare program complements the emergency service. The service is provided by nurses and may include assessment and referral, health information and education, and self-care support. During the public and stakeholder sessions, Council heard both positive and negative comments related to the service. Some regions of the province make good use of the service and residents are encouraged to use the system by the existing health care staff. In other areas people will still fill up emergency rooms after accessing the Telecare service, regardless of the advice received. Consequently, Council recommends an external review of the Telecare Program.

Each Regional Health Authority may choose to enter into a contract with Clinidata. After an evaluation of the current contract, Regional Health Authorities may expand the present arrangement so those callers referred to a Community Health Centre or an emergency room are expected, and all information is relayed to the family physician. A means for integrating Clinidata calls into a single health record would be essential in the provision of seamless care.

Council acknowledges the present fee-for-service system for physicians is a barrier, preventing innovative approaches to the delivery of primary care. Our research is suggesting that a salaried arrangement or other form of compensation will need to be present in order to implement the Community Health Centre model. Council also proposes that physicians should not be coerced to work in Community Health Centres but should be encouraged to do so with specific incentives.

Ambulance Services

Ambulance services constitute an integral and essential component of the health care system. The service provides a safety net to New Brunswickers as they increasingly depend upon a reliable system of pre-hospital emergency care. Ambulance service is more than a transportation service; it brings patient care available in an emergency service department to patients. As a result of the restructuring of hospital-based health care, the need to transfer patients between health care facilities has increased. Also, this restructuring resulted in an increased severity of illness being treated during transfer. An effective ambulance service is necessary to support a patient focused, community-based health care system. Further changes to the health care system may necessitate a revision to the air ambulance program including the addition of helicopter capability.

It has been demonstrated that a well developed ambulance service reduces death and the degree of illness or injury by delivering rapid and effective pre-hospital care. The key components of a well developed ambulance system include:

- An emergency 911 telephone system;
- A dispatch system that rapidly assesses caller needs and dispatches appropriate resources;
- The capacity for an ambulance to reach the person in need as quickly as possible, ideally in less than 10 minutes; and
- The ability of ambulance personnel to provide life saving interventions, for instance CPR, airway management, defibrillation and oxygen, fluid and drug administration.

In 1999, government directed the Department of Health and Wellness to conduct an internal review of ambulance services. This review was intended to provide policy options for future consideration in the design, delivery and funding of ambulance services. The process included consultation with stakeholders, a national survey regarding the provision of ambulance services and consultation with an expert panel on Emergency Medical Services systems.

In terms of delivery costs and response time, the review revealed that New Brunswick's ambulance services system is generally in keeping with most provinces. In areas such as centralized dispatch, vehicle procurement and system administration, New Brunswick is viewed as a leader. However, in several other areas, major improvements are required, most notably: the lack of formally established response times, the absence of provincial medical direction, the relatively low level of training of ambulance service personnel, and the lack of a planned approach to the provision of Advanced Life Support services.

Council supports several key recommendations put forth by the review process. These recommendations should be implemented in collaboration with Regional Health Authorities and the appropriate stakeholders. The review recommended:

- An emergency response time for ambulance services. The urban response time should be less than 9 minutes for 90% of calls; the rural response time should be less than 25 minutes for 90% of the calls. Response time is defined as the time interval between the receipt of the call for assistance, by the ambulance dispatcher, and the arrival of the ambulance at the scene.
- Provincial medical direction for ambulance services. The involvement of physicians will provide the mechanism to enhance clinical programming, to address public education needs, and to develop system linkages and integration.
- Basic Life Support (BLS) be established as the minimum clinical service level province-wide and the training for ambulance personnel be consistent with the competency profile approved by the Canadian Medical Association. Clinical service level refers to the type of care the ambulance service is mandated to provide and the clinical expertise of the service providers. This will result in an increase of training hours from 350 to approximately 1200 hours.
- Advanced Life Support (ALS) should be provided where feasible. With ALS, patients are artificially ventilated, intravenous lines are started, EKGs performed, and medication administered. Decisions to offer the ALS should be based on evidence. The information should clearly demonstrate that an Advance Life Support service has positive patient outcomes.
- Further integration of ambulance services personnel into the health care system. This can be accomplished by identifying appropriate and feasible opportunities to expand the scope of their involvement in health care delivery without negatively impacting response times.
- A single centralized dispatch for land and air ambulance. Through a dispatch function, a request is evaluated by trained personnel and an ambulance response initiated. As well pre-arrival service is provided to the caller. Saint John is the only area with its own ambulance dispatch service.

Additional recommendations from Council

Although Council supports the single centralized dispatch function for ambulance service, it recognizes the lack of coordination between the dispatch of ambulances and other emergency service dispatch functions, including fire department and police based first responder medical assistance programs. (First responder refers to police, fire fighters, and other individuals, such as lifeguard and industrial first aid attendants, who respond to emergency medical situations.) Council recommends the examination of the current medical first responder agencies in order to encourage increased integration and a more efficient service. Where examination warrants, Council believes a first responders program should be established to shorten emergency response times. It is likely many such programs would be required in rural New Brunswick, where response times are longer. Also Council recommends the introduction of a common dispatch center to promote a more integrated approach to the dispatch of all public safety services.

In accordance with the Internal Review Report recommendation, Council recommends the reduction in the number of land ambulance service contracts. There are currently 52. In the proposed system the number of service contracts would coincide with the number of health regions, as a first step toward consolidation.

Inter-facility transfers, such as trips between hospital and nursing home, account for a majority of annual ambulance calls. No distinction is made between inter-facility transfers and other more urgent calls such as motor vehicle and job site accidents or calls from New Brunswick residents. Some efficiency could be achieved by exploring alternative transportation systems for the non-medical transfer of patients between hospitals and nursing homes.

At the present time the following functions are centralized: central ambulance dispatch, revenue management, vehicles and equipment procurement, and quality monitoring. For these, centralization was introduced to increase the effectiveness of ambulance service delivery and the four services are provided privately, by contract with the Department of Health and Wellness. Council is not aware of any major issues that would suggest changes to the present arrangement. Future decisions to modify the present infrastructure should be evidence based.

Regional Health Authorities Responsibilities

At present, primary care is not managed as a system. It consists of a myriad of doctors' offices, clinics, after-hours clinics, services offered by Regional Hospital Corporations within and outside hospital walls including the Extra-Mural Program, 19 existing health centres and Addiction and Detox Services. It also consists of programs and services provided by the Department of Health and Wellness, such as Public Health and Mental Health Services, Long Term Care and Nursing Homes provided by the Department of Family and Community Services.

In order to achieve the vision of a truly person-focused, integrated, and coordinated health system, Council recommends placing the delivery of primary care under the auspices of a single governance structure, the Regional Health Authority. Placing the full range of primary care within a single regional governance structure will refocus health care in the province. Under one structure, stakeholders can better look at the important issues and challenges in primary health care: its organization, the elimination of gaps, the reduction of silos between services, the continuity of care among primary health services and cooperation with secondary and tertiary services. Regional Health Authorities would be responsible for working with family physicians and other health professionals to enhance the delivery of the primary care system. They would identify the primary health care needs of the population within their respective regions and play an active part in the development of a provincial health plan. All services would be managed in a manner that focuses on the needs of individuals and communities and integrates services and programs in the region.

As well, Council recommends that Regional Health Authorities be responsible for the provision of ambulance service in their region. Subsequently Regional Health Authorities would be expected to enter into an agreement with a provider. The agreement would reflect provincial approved program standards and performance indicators and would be consistent with the provincial health plan. The Regional Health Authorities would also provide the necessary funding and monitor the effectiveness of the service. Regional Health Authorities would submit for approval a three-year plan for ambulance services in their region.

Consistent with other programs under the management of Regional Health Authorities, the Department of Health and Wellness would be responsible for setting program standards and performance indicators, and approving the regional health plan. In addition, Council recommends that the Department of Health and Wellness support Regional Health Authorities in their effort to integrate programs and services at the regional level.

The Roles and Responsibilities of Regional Health Authorities are described in the Chapter on Accountability Framework.

Role of Department of Health and Wellness

As stated previously by Council in its Health Renewal Discussion Paper, the Department of Health and Wellness will need to modify its role for the future. The primary responsibility of the Department would be to establish the health system's priorities and overall direction through the Provincial Health Plan. Regional Health Authorities would manage and deliver the services and programs in accordance with the Provincial Health Plan. Therefore the Department of Health and Wellness responsibilities in the delivery of health services will be diminished.

However, Council believes that some programs and services should continue to be managed by the Department of Health and Wellness. These would include the Office of Chief Medical Officer, Public Health Inspection, Medicare, Prescription Drug Program, Provincial Epidemiology, Provincial Cancer Registry and Vital Statistics. These programs and services require a small number of very specialized professionals; central management of these ensures the best utilization of those resources.

In 2000, the Auditor General carried out an audit on Food Establishment and Potable Water inspections. The Report of the Auditor General – 2000 indicated a greater need for provincial accountability and control. The Auditor General drew specific attention to provincial/central monitoring, the control of regulatory functions, a lack of consistent application of regulations, and the lack of appropriate supervision and management at the regional level in both the Food Service Establishment and Potable Water. Council believes that a more direct control of food and water inspections allows the Minister to be more responsive and accountable for public health inspection and the safety of the public. Council is also recommending that Regional Health Authority staff, under the direction of the Provincial Office of Chief Medical Health Officer, carry out the investigation of infectious disease outbreaks.

3.3 Secondary and Tertiary Care

3.3.1 Introduction

A renewal of the primary health care system calls for a revised role for hospitals in New Brunswick. A shift in the allocation of resources should then logically follow, as should a redefinition of the role and responsibility of hospital-based services. Both are key for the success of the health renewal. Hospital care needs to focus on two levels of care: secondary and tertiary. To ensure the health system is delivering client focused, coordinated and integrated health services, a close relationship must continue to exist between the hospital system and primary care sector.

Providing service to a small and dispersed population (a little over 50% of the 753,000 New Brunswickers live in rural New Brunswick) is a challenge for the delivery of public services in general. This is particularly true for secondary and tertiary health care services that rely on advanced equipment and skills. For example, acute medical care and surgery require physicians, nurses, and other providers with special training. Diagnostic tests such as computerized tomography (CT), ultrasound, magnetic resonance imaging (MRI), require specialized technicians to operate the equipment and radiologists to interpret results. Most hospital care services are utilized by a small percentage of the population but must be accessible by all.

Attracting and keeping physicians and other highly trained personnel needed to deliver specialized services in New Brunswick continues to be a challenge. With the shortage of physicians, nurses and hospital pharmacists across Canada, the challenge is even greater. This shortage of resources will impact the delivery of all health services but particularly hospital related services.

3.3.2 Definition

Secondary care services consist of specialized care requiring sophisticated and complex diagnostic procedures and treatment processes normally provided in a hospital. Tertiary care services consist of care that requires highly specialized treatments and skills; usually expensive treatment or diagnostic modalities supported by special technology and specialized support services.

Some secondary and tertiary services are delivered on an outreach basis in primary care facilities, patient's home or secondary care facilities, and these services are clinically managed (diagnostic assessment, care planning and monitoring) and supported by the secondary or tertiary care facilities

Secondary Care Services

The major secondary care services provided in the province consist of the following:

- Anesthesia (general and specialty)
- Cardiology
- Complex Primary Care
- Dermatology
- Emergency Services
- General Internal Medicine
- Geriatrics Medicine
- General Surgery
- Infectious Disease
- Nephrology Outreach Services
- Medical Oncology Outreach Services
- Neonatal Intensive Care
- Obstetric/gynecology (Basic)
- Obstetric/gynecology (high risk)
- Otolaryngology
- Ophthalmology
- Orthopedic Surgery
- Pediatrics
- Plastic Surgery
- Psychiatric Care (short term)
- Secondary Lab Services
- Urology
- Secondary Rehabilitation

Tertiary Care Services

The following services fit in the tertiary care category:

- Cardiac Surgery
- Neonatology
- Neurosurgery / Neuro Intensive Care
- Nephrology
- Oncology
- Tertiary Psychiatry
- Tertiary Rehabilitation

3.3.3 Guiding Principles

Fundamental to change in any system is adherence to a set of evidence-based guiding principles for decision-making. In a system as large and complex as our health care system, decisions involve a large number of stakeholders, making these principles even more indispensable. New Brunswickers are very concerned about the reliability and sustainability of their health care system and each day witness or hear about the system's failings or successes.

Because of demographic changes, the future will be an environment of increasing demand, stretching resources in terms of the availability of health care professionals and financial resources. Therefore it is critical that decisions are made on the basis of sound evidence. Accordingly Council identified several key principles that should be factored into all decisions related to the Provincial Health Plan:

- Quality – maintaining critical mass and aligning dependent services together to ensure best patient outcomes
- Sustainability – enhancing the long term viability of services
- Accessibility – proximity, timeliness, appropriateness, and availability
- Efficiency – providing access with a minimum of duplication

Most acute care requires the provision of continuously available services to meet emergent and urgent needs. Planning must be based on population and patient needs. A critical mass of patients is required to support an adequate number of providers, ensuring continuous coverage and the maintenance of clinical skills. This would translate into a minimum of four active physicians to adequately staff a secondary or tertiary care service, as suggested by the Canadian Medical Association. On-call coverage, demand fluctuation, periodic absences, recruitment and retention, and medical education activities would all be supported by this number. This service must also be able to operate without significant disruption in the face of loss of key individual providers of care.

Quality within specialized services requires that specialists can work where they can consult their peers, have access to special diagnostic and operative equipment and access to the expertise of colleagues in other disciplines.

Ensuring proper access to services is contingent on various factors. One must consider where the service sites need to be located, which health professionals are required for clinical programs, how to provide efficient access to service/treatment, and which measures will provide service in the person's official language of choice.

Council is aware that the Department of Health and Wellness began a planning initiative in early 2000 in collaboration with the present eight Regional Hospital Corporations. This initiative was aimed at identifying opportunities for the improvement of the present hospital system through the realignment of clinical services. The work group was specifically mandated to provide clinical input into system planning at the secondary and tertiary care service levels. The mandate includes the identification of clinical programs and the number and types of beds required for all levels of care. The working group reviewed the existing distribution and nature of hospital clinical services provided to the population of New Brunswick based on discharge data for in-patient and day surgery programs. It also included the distribution and activities of physicians within the province, and the aggregation of clinical services in individual hospitals.

Secondary and Tertiary care system planning must go beyond current utilization of services by the population of New Brunswick. Population mobility, demographics, changing population needs, advances in such factors as medication therapy, medical care and technology for both the diagnosis and treatment of patients, must also be factored into the Provincial Health Plan.

Although the working group process is on going, their findings to date have been shared with the Premier's Health Quality Council. At present over 70% of high-volume in-patient and day surgery secondary services and some tertiary services have been analyzed. The evidence gathered to date forms the basis for Council's recommendations related to the secondary and tertiary care services.

3.3.4 Service Delivery

Secondary Care Services

Council concluded that based on the principles of quality, sustainability, access and efficiency, the eight existing regional hospitals should continue to function as regional hospitals. Council also believes that some regional hospitals will not be able to provide the full range of secondary care services mentioned earlier.

Complex Primary Care conditions represent about 33 per cent of the total in-patient and day surgery admissions in the New Brunswick hospital system. The program consists largely of common, relatively low-complex situations such as general digestive disease, pneumonia and pleurisy, lung disease, bronchitis, heart failure, dementia, palliative and convalescent care. Most patients are treated within their own community, in Community Hospitals and receive their care under the supervision of family physicians.

Community hospitals help to ensure that beds within the secondary/tertiary hospitals will be used for the provision of complex acute care on a short-term basis and not taken up by "bed blocking" situations. Community hospitals are effective in stabilizing and transferring patients to more specialized facilities; receiving transfers from secondary or tertiary centres for palliative care, convalescent and/or rehabilitative care.

All community hospitals are providing Complex Primary Care service and Emergency Services 24 hours a day, seven days a week. Some hospitals have sufficient critical mass to provide general surgery or day surgery and a small number are providing obstetric services.

Without compromising scope or access, quality of care could be improved by consolidating certain secondary services into one location. But, Council does not have the required information to complete the Provincial Health Plan for secondary care facilities. Therefore Council recommends that the Department of Health and Wellness, in collaboration with Regional Health Authorities finalize the regional hospitals secondary care services component of the Provincial Health Plan. Furthermore, Council recommends the decisions be based on the guiding principles outlined earlier.

Council recognizes that some community hospitals offer services such as surgical and obstetric services because of the existence of a sole surgeon or family practitioner. By their nature, these services are not sustainable. In these cases, Council recommends that these services continue to be offered as long as the current practitioner and infrastructure are available.

Tertiary Care Services

Council received expert opinion on the maintenance of quality, sustainable tertiary care services. All in-province tertiary services are provided in more than one site, with the exception of cardiac surgery. Demand for service and specialist availability may call for the relocation of some tertiary services to a single site. Also, as a small province with a dispersed population, New Brunswick has unique needs which must be considered in determining the sites of tertiary services.

Absence of evidence prevents Council from making specific recommendations with respect to service sites for tertiary services. However programs already provided in more than one physical location need to be considered against present and future utilization and consolidated if warranted.

Regardless of the number of service sites, tertiary services must maintain a provincial perspective while maintaining involvement from all Regional Health Authorities. Mechanisms to ensure regional access, equity and communication must be written into the Provincial Health Plan, ensuring regional follow-up and linkages. Evaluation must also be a prevalent feature. These issues will remain important as New Brunswickers access the system in greater numbers.

3.3.5 Role of Regional Health Authority

Acute care in New Brunswick must be part of an integrated health system where planning is based on population and patient needs. Services provided by New Brunswick hospitals must also be part of an integrated hospital system. Such a system harmonizes the relationship between hospitals and health providers. It also ensures the network of hospitals provides the best possible service at the most appropriate site and at the most appropriate time.

Within such an integrated hospital system, patients are regularly transferred from smaller facilities to larger facilities, where more complex needs can be met. Patients are often transferred back to local facilities or the home health care program for convalescent and/or palliative care.

Within the context of the accountability framework covered later in this report, Regional Health Authorities need to identify the secondary and tertiary care needs of the population within their respective region. They will need to play an active part in the development of a Provincial Health Plan and be responsible for the implementation and management of the approved plan for secondary and tertiary care services. To date, some secondary care services are not available province-wide and tertiary services are available in only a few regions. This situation will continue to exist, so Regional Health Authorities must ensure access for people in their region to quality secondary and tertiary care services not provided in their own region.

The renewal of primary health care will reduce the hospital admissions of patients needing specialized diagnostic and treatment procedures. The increased emphasis on health promotion, education and the pro-active management of chronic illness will also relieve the pressure currently choking our hospitals. That is why secondary/tertiary service system planning must become an annual initiative.

3.4 Health Care Services Delivery Team

3.4.1 Introduction

Council's proposed health system is based on appropriate and maximum roles for all health professionals and service providers who work in the system. It is also based on an interdisciplinary approach which makes use of all providers' skills to achieve the best outcome possible for people they are serving.

The interdisciplinary approach does not mean an individual will always have a team of people addressing his or her needs. Depending on the need, each person will have access to the most appropriate provider for the need, with the skills of other providers coming into play when and if warranted. This approach will ensure continuity of care because the individual's health information will be contained in one single electronic file. Barriers to sharing of information will be eliminated while protecting client privacy.

The interdisciplinary approach calls for true collaboration among providers. Traditional "professional turf" issues must be resolved and each provider will be able to fully use their skills for which they have been trained.

The transition to a new approach for delivery of service will require the collaboration of our health professionals, who are our most valuable resource within the service delivery system. Their concerns and issues will need to be heard and addressed.

3.4.2 Primary Care Delivery Team

The Physician's Office

A fundamental building block of primary care delivery will continue to be the family physician working in collaboration with a nurse. Collaboration in this context means both the physicians and the nurses are involved in patient care, prevention and education and follow-up. Many family physicians are choosing not to practice in a solo setting but are moving toward a group practice model where a number of physicians work collaboratively, often with other health professionals, such as nurses, to serve a group of patients. Many New Brunswickers will continue to receive quality health care services from these physician/nurse teams. However, many patients will have needs that are more complex or require other services and diagnostic tools. This is where the Community Health Centres step in. The physician's office should be linked to and supported by a larger interdisciplinary team based in the centres. The nearest Community Health Centre should also be of assistance for phone coverage in non-office hours therefore ensuring access for patients 24/7. Compensation mechanisms for physicians practicing in these models will need to be reviewed, particularly as the role of the nurse and other health professionals is enhanced.

Community Health Centre

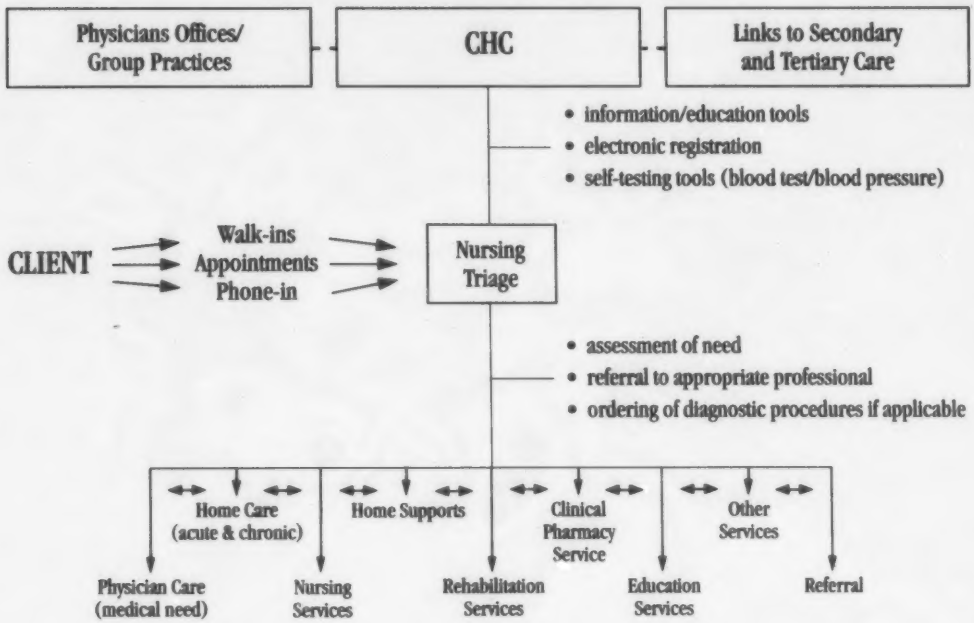
Teams of health professionals will be responsible for providing services to a given community or geographic area. The team may include but not be limited to: physicians, nurses (including public health, mental health, VON, extra-mural, health center nurses), pharmacists, physiotherapists, audiologists, occupational therapists, speech language pathologists, social workers, dietitians, nutritionists, rehabilitation assistants, psychologists, and others. Over time members of the team may be co-located to provide a wider range of services in one location, but where this is not possible members should be linked electronically and continue operating as a team.

The Community Health Centre should serve not only their regular patient/client groups but also the population of the community who do not have access to services through other means (i.e. have no family doctor, regular health care provider is unavailable, need occurs after-hours).

3.4.3 Management Structure

Each professional within the team will have specific and in some instances enhanced roles. From the provider's and client's perspective, the Community Health Center can be depicted as follows:

Management Structure



Community Health Centres will benefit from the enhancement of nursing roles. In the area of triage services nurses would require experience in acute and community care and additional training in assessment skills and pharmacology. Nurses' responsibilities should be widened to include the ordering of diagnostic procedures, the referral of patients to appropriate professionals and discharge procedures if applicable. Nurses could also perform many of the education services functions, becoming the leaders in patient education, health promotion, prevention and management of chronic illness. It is vital to this proposed system that nurses practice at full scope. Advanced practice nurses, such as Nurse Practitioners, should be able to assess, diagnose, prescribe, develop and carry out treatment plans for basic conditions. Some nurses may wish/need to pursue additional education in specific areas or have the necessary preparation and experience to enhance their contribution to patient care.

In addition, the Extra-Mural Program and its experienced nurses will be part of the Community Health Centre team. Their contribution to the home care element and to the team within the centre will be significant. The presence of public health and mental health nurses will be equally valuable.

The clinical pharmacist's role on the health care team within the community will benefit patient /client outcomes. Their expertise in areas of pharmacotherapy will allow the identification, resolution and prevention of drug related problems. Pharmacists also play a key role in patient education and medication assessment and management, for both acute and chronic conditions, thereby enhancing patient outcomes. To handle some disease states and indications, the pharmacist should be placed in charge of medication dose adjustment and prescribing functions.

Pharmacy technicians are fully integrated in the hospital setting in the preparation and distribution of medications to patient care areas. Their role could be extended further into the primary care setting. Technicians should be supported in obtaining official recognition in the health system as a recognized and regulated occupational health group.

In rehabilitation care, the system would benefit from the introduction of a Rehabilitation Assistant. This new role would assist in carrying out established rehabilitation care plans and should be incorporated into primary, secondary and tertiary care settings.

The team associated with the Community Health Centre will provide services at other sites as well. Wherever possible and efficient, services should be delivered close to the population group being served. In this fashion, the team will be providing services in schools, nursing homes, special care homes, and the personal residence of the individual.

3.4.4 Other Primary Care Service Settings

In the same context of the maximization of the roles and contributions of all providers, there will be a need for an enhanced nursing role within the nursing home setting. Nurse Practitioners, where appropriate, should be able to assess, order tests, refer to other services and administer basic medications without prior approval of a physician. Nurses who have had additional training in specific areas should also be able to enhance their contribution to patient care. All registered nurses and registered nursing assistants should fully utilize the skills for which they have been trained.

The hospital emergency room has become a major site of primary health care delivery because people have not had other options to have their needs addressed. Here also is required a collaborative approach and the advancement and enhancement of nursing roles. The nurse should play a key role in dealing with non-emergency cases and in some instances the client may not need to see the physician. Whether or not the doctor is required, there are functions nurses can undertake to facilitate the physician's work and provide more efficient and effective services for clients/ patients. Nurses could order certain diagnostic tests, such as x-rays, to facilitate the physician's diagnosis or refer the patient to a more appropriate service site or provider. As the renewed health system evolves, emergency rooms will return to their original role; handling emergency trauma cases. The collaborative approach will continue to be relevant as patients will subsequently visit their physician's office or the Community Health Centre for follow-up care.

3.4.5 Secondary and Tertiary Care Delivery Team

As the individual's situation becomes more complex and requires specialized services that can only be delivered through a secondary or tertiary care facility, the interdisciplinary team is expanded to include specialists and other health professional resources as required. The working relationship between the primary sector and the secondary and tertiary sectors is critical to ensure continuity of care through the various phases of institutional care and follow-up care back in the individual's home community.

Specialized professional resources within secondary and tertiary care sectors will have an outreach responsibility to the primary care teams. Where situations and volumes warrant, the specialized service may travel to the communities, probably to the Community Health Centre to provide on-site service.

3.4.6 Tools to Facilitate Interdisciplinary Team Approach

The redefinition of roles of various service providers must occur in the next five years; work must be initiated immediately. To facilitate and support the team approach, a provincially coordinated process should be undertaken to develop a series of care maps (or "clinical paths") for major health conditions/diagnosis. The maps would identify standards pertaining to expected care requirements and the time frames within which interventions are anticipated to be initiated. The maps would also identify the roles of each professional to ensure quality, seamless care. The development process of these maps must also be interdisciplinary in nature.

As primary health care renewal evolves and the roles of the health professionals evolve, public education initiatives will be needed.

3.4.7 Health Profession Resource Planning

The availability of appropriate numbers of professionals will likely challenge the health system renewal in New Brunswick. Council supports a strong health human resource planning focus for the province. Federal initiatives in this area are also supported. Any effort in human resource planning will need to be sustained and linked to the renewal process and evolving roles of health professionals.

4. Governance and Structure

4.1 Introduction

The Premier's Health Quality Council's first assigned mandate was to "develop an action plan to move to a health governance system of Regional Health Authorities and Regional Health Boards". Government's key objective underpinning this mandate was a need to restore local community and citizen involvement in matters of health care governance. Council was asked by the Premier for advice on the best means of moving forward. Prior to evolving a suggested model of governance for New Brunswick, Council studied and assessed similar models that exist in this country and elsewhere.

Council determined that the advent of Regional Health Authorities has been experienced as a positive and progressive step forward wherever implemented. And, where implemented, communities were able to adjust to and improve upon the delivery of health care services on an integrated basis.

Council identified a number of key lessons learned by other jurisdictions as they implemented Regional Health Authorities. These lessons showed the need for:

- A well articulated provincial vision and plan for health that is understood and supported by all parties;
- Clear definitions of the separation of roles and responsibilities between the Department of Health and Wellness and Regional Authorities;
- Accountability parameters at all levels of the system;
- Collaboration among the regional authorities as each works toward the common goals outlined in the health plan for the province; and
- The widest service delivery jurisdiction possible for the Regional Health Authorities to allow for greater flexibility in addressing and meeting the local needs of the population.

One message was repeated again and again through the many dialogues with jurisdictions who had implemented Regional Health Authorities: the need to have a single regional governance system for the full continuum of services. Some provinces have not integrated community and hospital care and have thus continued to perpetuate a 'silo system'.

The following sections represent Council's advice with respect to the implementation of Regional Health Authorities and Regional Health Boards in New Brunswick.

4.2 Objectives Relating to the Establishment of Regional Health Authorities

The implementation of Regional Health Authorities in New Brunswick will benefit patients, caregivers and the province by:

- Providing a structural framework in which service delivery changes can occur while creating a new culture with a focus on continuous improvement;
- Recognizing and responding to the uniqueness of each region;
- Providing a vehicle by which services can be integrated and transformed into a seamless system;
- Ensuring better access to services within each region and between regions; and
- Provide an apparatus through which people and communities can actively participate in their health system.

Council further recommends Regional Health Authorities become functional, with the necessary legislative authorities in order to become functional, on April 1, 2002, the date on which Council's work is premised. Should government choose a different timetable the various timeframes included herein would require adjustment.

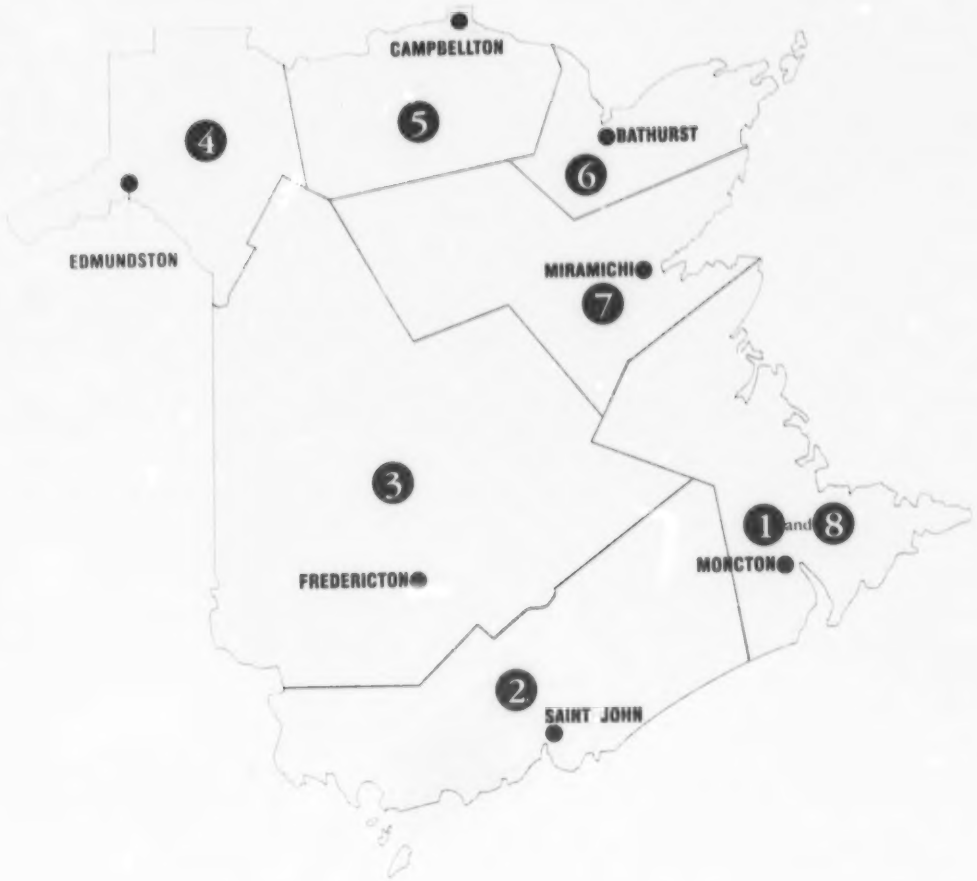
4.3 Regional Configuration

Council considered the geographical, cultural and linguistic realities of the province to determine the appropriate number and size of regions to be proposed. Factors considered included current patterns of population migration to service and already established regional identities.

After assessing numerous options and taking into account the views of the population as expressed in the May-June 2001 public consultation process, Council recommends the establishment of eight Regional Health Authorities based on the regional configuration shown in the following map. This recommendation essentially reflects the status quo with respect to regional boundary lines. Council believes there will be significant changes to governance and service delivery systems without needing to change regions which are already well known to New Brunswickers. Council also recognizes that Regional Health Authorities in some provinces serve a much larger population than what is being proposed for New Brunswick. However, the province's population is dispersed and the jurisdictions as proposed will enhance citizen participation, which is a key objective.

Council believes these regional configurations will allow the Regional Health Authorities to create a fully integrated health system.

Regional Health Authorities



4.4 Regional Health Boards

Council recommends each of these Regional Health Authorities be governed by a Regional Health Board made up of 15 citizens from the respective regions. To ensure citizen participation, Council further recommends five of these members be elected by the population through a process to take place each year at the time of the annual meetings. This will require the establishment of sub-districts in each of the regions. The remaining ten members are to be appointed by the Minister of Health and Wellness. All members are to be residents of the catchment area served.

Council received significant feedback on the composition of Regional Health Boards during public consultation sessions earlier this year. Generally, New Brunswickers said they would like to see more elected members than appointed members to these boards. Council considered this advice, but also researched best practices elsewhere in the country. The literature, particularly the work of Jonathan Lomas points to the need to guard regional perspectives and a balance of interests and skills at the Board level. Informed opinion led Council to propose a balanced model. However, Council recognizes that New Brunswick's unique realities may call for a longer learning process. Therefore, it is recommended that government conduct a full evaluation after a five-year period and adjust the number of members elected if indicated.

There will be significant responsibilities and challenges before these Regional Health Boards. It will therefore be critical for the Minister of Health and Wellness to consider factors such as geographical, linguistic, culture and gender balance when making appointments. In order to assist the Minister in this task, Council will prepare a board member profile to be used as a guideline by the Minister.

Because the establishment of the Regional Health Authorities is recommended for April 1, 2002, the first Boards may need to be interim in nature, composed entirely of members appointed by the Minister of Health and Wellness. The life span of the interim Boards should not exceed two years, at which time first elections should occur. At this point, terms of office for the elected members should be for three years and staggered terms of office of one, two, and three years should be implemented for appointed members. This will allow for continuity of experience on the Boards. A maximum of twelve years in office is suggested.

Boards will set direction and develop regional policies consistent with the provincial plan. The policies will be carried out by the administrative arm of the Authority headed by a Chief Executive Officer (CEO) to be appointed by the Boards. In this context, it is recommended that the following be excluded as voting members of the Board: staff of the Regional Health Authorities, staff of provincial Departments on whose behalf the Authorities are delivering services (i.e. Departments of Health and Wellness and Family and Community Services) as well as providers who are granted contracts or practicing privileges by the Authorities.

This is not to say that the perspectives of these individuals are not valued and important to the decision making process. Indeed, their voices have not been heard often enough. For this reason Council recommends the creation of a Health Professionals Advisory Committee, made up of health service providers, to regularly advise the Board.

To aid Board members in the fulfillment of their responsibilities, a comprehensive orientation strategy is recommended both for the initial Boards and new members. Council developed a strategy to guide the Department of Health and Wellness as it ensures Board members are given the necessary orientation and tools to meet their obligations. On-going orientation should become a responsibility of each Board.

To meet the goals of the vision, Council believes skilled, competent individuals will be needed as Board members. Because the commitment required from these individuals will be significant Council recommends compensation for Chairpersons and Board members based on experience, duties and level of responsibility. In addition, all members of these Boards should be provided with appropriate communication tools to facilitate their work and enhance their involvement.

4.5 Roles and Responsibilities

Key to successful implementation are the clearly defined roles and responsibilities divided between the Regional Health Authorities and the Minister of Health and Wellness. These also serve to ensure accountability.

Council elaborates on each of these roles and responsibilities in the Accountability Framework chapter of the report.

The following table briefly explains individual responsibilities and areas requiring joint involvement.

Minister of Health and Wellness	Joint	Regional Health Authorities
Sets provincial vision, values, principles and philosophy.	All participate in the provincial plan.	Sets regional vision, values and principles consistent with the provincial plan.
Establishes overall direction, priorities, and standards for the system.	All participate in the provincial plan.	Sets regional direction, priorities and standards consistent with the provincial plan.
Approves regional plans.		Develop regional plans.
Secures appropriate funding.		Responsible spending of provincially allocated resources.
Delivers provincial services.		Delivers regional services.
Monitors health status of population and provincial plan and reports to the public.		Monitors regional health status of population and regional plans.
Effective and efficient management of provincial resources (financial, human, information technology).		Effective and efficient management of regional resources (financial, human information technology).

These roles and responsibilities assume the presence of a health vision for the province and a Provincial Health Plan to which all parties have contributed. Regional Health Authorities are clearly expected to collaborate with the province and among themselves. Mechanisms will be required to facilitate this process.

4.6 Suggested Board and Operational Structures

Council does not intend to be prescriptive but would like to offer suggested guidelines and considerations in moving forward.

4.6.1 Possible Regional Health Board Structure

Regional Health Boards are the key to the renewal of New Brunswick's Health System. As such, they are expected to be 'forward-looking, forward-thinking', innovative and creative entities that will create a better coordinated system for New Brunswickers. They will need to provide the necessary leadership to change management occurring at the regional level. They will need to be able to exercise the necessary flexibility to meet the needs of the people in their region.

Most organizations with proven innovative capabilities structure their Boards with three Committees: Governance, Audit and Leadership and Human Resources. A similar structure could prove beneficial for Regional Health Authorities.

4.7 Suggested Organizational Structure

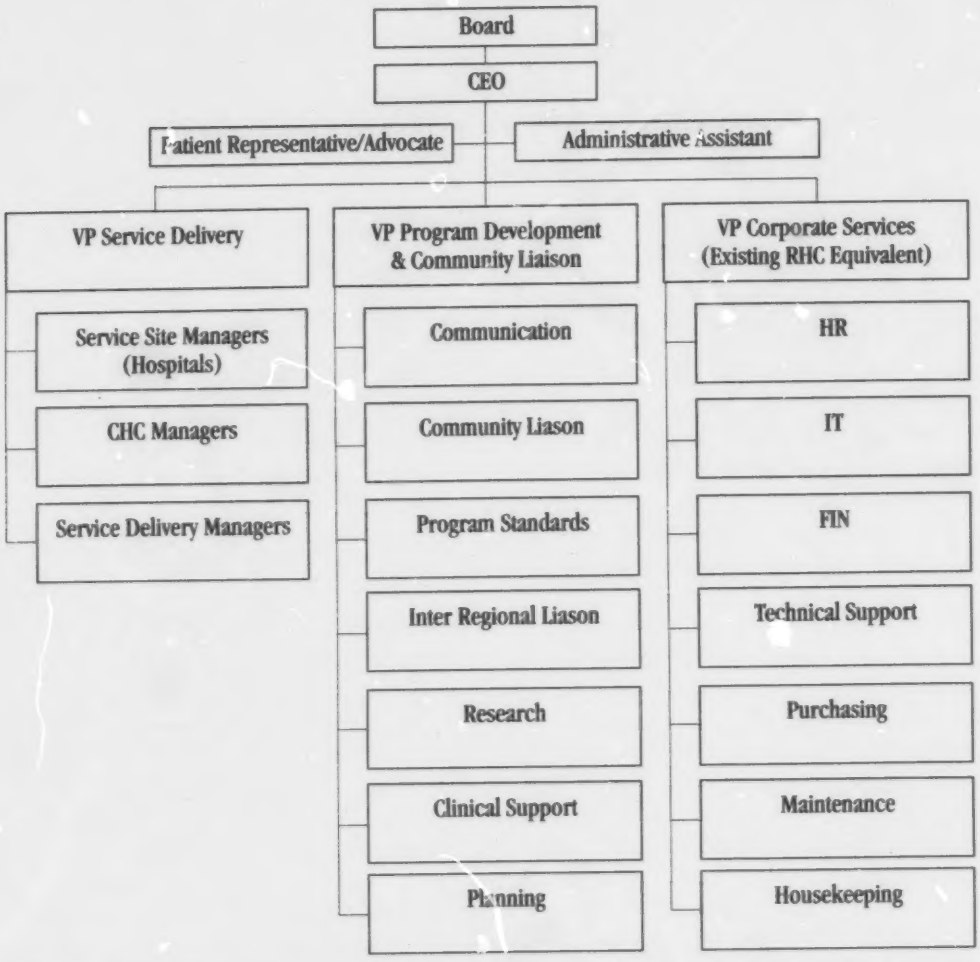
Council recognizes that the size and the complexity of a region will influence the type of organizational structure to be set up by the Regional Health Authorities in order to meet their responsibilities. However, a lean and simple management team that focuses on integrating services is envisioned.

The following possible structure is offered as a guideline only.

A number of key principles should be highlighted, the need to:

- Focus on the provision of services rather than on building bureaucratic structures;
- Build on the resources and the expertise already present in the system;
- Ensure clinical leadership is present at the regional level;
- Ensure local management and responsiveness by assigning a leader to each service site.

Regional Health Authority
Sample Organizational Chart



4.8 *Transition of Existing Governance Structures*

Council recommends the dissolution of the Boards of the Regional Hospital Corporations simultaneously with the establishment and the appointment of the Regional Health Boards. This will be necessary because of the proposed transfer of services currently under the auspices of the Regional Hospital Corporations to the Regional Health Authorities. Should a transition period be required, it would be the advice of Council to have the necessary authority and powers vested in the Minister of Health and Wellness for a short period of time. Moreover, Council does not recommend the establishment of individual boards for each hospital facility. No change is recommended in the governance of nursing homes.

4.9 Suggested Transition Provisions and Possible Implementation Schedule

Council believes that the following sequencing of activities would facilitate the successful implementation of Regional Health Authorities premised on the April 1, 2002 start date. The process assumes the involvement of all parties in the creation of the vision and the Provincial Health Plan.

Action	Timeframe
Introduction of enabling legislation for the establishment of Regional Health Authorities.	Fall 2001 Session of the Legislative Assembly
Appointment of Interim Regional Health Board Members.	January, 2002
Orientation strategy implemented for Regional Health Board Members.	As soon as possible after members have been appointed.
Appointment of CEOs by Regional Health Authorities.	March, 2002
Communication between management and Labour to ensure fair and equitable transition.	March, 2002
Dissolution of the Regional Hospital Corporations.	March 31, 2002
Regional Health Authorities become operational.*	April 1, 2002
Services are transferred under the authority of the Regional Health Authorities.	April 1, 2002
First annual meeting elections held.	April - June, 2004
Orientation implemented for new Regional Health Board Members.	June, 2004

** Council believes Regional Health Authorities must be given the responsibility to deliver the full range of health services in order to create an integrated and coordinated system. The full transfer of these services may not be feasible immediately. Council urges government to move as quickly as possible in this regard. Problems could result, for example, if only hospital services were transferred initially because the necessary elements might not be in place to begin building an effective primary care alternative. Council realizes the final sequencing of all actions will depend on government's full consideration of all recommendations.*

4.10 Conclusion

The implementation of Regional Health Authorities will present a number of challenges as we work toward a balance between provincial imperatives and local realities in the health system. Council believes that New Brunswick must meet these challenges, learning and adjusting over time in order to provide the best system possible for the people of New Brunswick.

5. Accountability Framework

5.1 Accountability in the Health Care System

The introduction of a new regionally based governance model for the health care system introduces the challenge of implementing an appropriate accountability framework from the beginning.

Accountability is a significant issue in the publicly funded health care system. On one hand, there is a demand for accountability to the citizens. On the other hand, delivery agents must be accountable to the Minister of Health and Wellness and are obligated to account for the performance of service delivery goals and financial results. Regional Health Authority Board membership will be made up of ministerial appointments and publicly elected members, requiring a well-defined accountability framework to ensure everyone involved clearly understands their own and each other's roles and responsibilities.

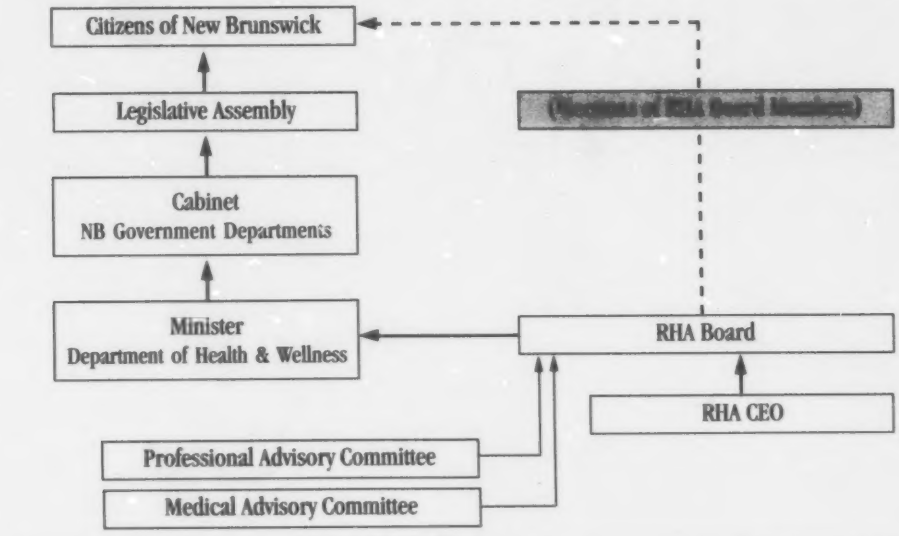
Because the concept of accountability is often interpreted vaguely, the Premier's Health Quality Council used the following definitions as a common denominator to form an understanding during its deliberations:

- **Accountability:** *The obligation to answer for the execution of one's assigned responsibilities to the person or group who conferred the responsibilities*
- **Responsibility:** *The obligation to act or make a decision; one is responsible for something but accountable to someone*
- **Answerability:** *The obligation to provide information and explanation to another party; an answerable party is not subject to direction or sanction by the party requesting the information*

An important distinction is the notion that an individual or organization is ultimately accountable to the person or organization vested with the authority to assign or remove responsibilities from that individual or organization. It is therefore essential that the process by which responsibilities are assigned and removed is clearly understood by the health ministry and Regional Health Authorities, and is complemented with an effective performance measurement system that outlines explicit performance expectations in the areas of clinical outcomes, financial management and patient satisfaction.

To achieve effective accountability, three essential elements must be in place:

- clear accountability relationships between stakeholders
- well-defined roles and responsibilities for all stakeholders
- effective accountability management processes and tools



Council used these three elements as the foundation for its proposed accountability framework. The figure above summarizes the accountability relationships by illustrating the reporting lines between the various stakeholders as envisioned by Council for the overall structure of the health system.

As revealed by the stakeholders shown in the figure, the Premier's Health Quality Council focused on the responsibilities of the Minister of Health and Wellness, the boards of the Regional Health Authorities, the Chief Executive Officers (CEOS), the Professional Advisory Committees and the Medical Advisory Committees.

5.2 Minister of Health and Wellness/Regional Health Authorities Responsibilities

Final authority over the health system lies with the Department of Health and Wellness and as such, the Department has the primary responsibility of 'steering' the health system. However, the department must create a constructive climate that engages the participation and cooperation of Regional Health Authorities if the health system is to remain close to the communities, as envisioned. The notion of 'one provincial health system' will depend greatly on the ability of the Regional Health Authorities to work together and with the Department.

By using comparisons within seven key activity areas, the Council sets out the proposed responsibilities of the Minister and the Regional Health Authorities as follows:

1. Planning

Minister of Health and Wellness	Regional Health Authorities
Develop the vision, values, principles and philosophy that will guide the provision of health services in New Brunswick.	Develop the vision, values, principles and philosophy, consistent with the provincial vision, which will guide the provision of health services in the region.
Establish the overall direction and priorities of the health system through a consensus with Regional Health Authorities. Key goals include: • Identify overall policies/strategies • Identify core programs and services that will be available to all New Brunswickers: - promotion, prevention / protection, primary, secondary and tertiary care • Develop Provincial Health Plan based on a consensus with Regional Health Authorities • Establish program standards and performance indicators for all core programs and services in the health system.	Play an active role in the Provincial System Planning Forum (shared ownership). To provide input and work with the Department of Health and Wellness in the development of : • a Provincial Health Plan; and • Program standards and performance standards for all programs and services, including those programs unique to the region.
Develop a three-year business plan for the provincial health system that would include provincial and regional priorities. Plan to include: • Services/programs delivered by Department of Health and Wellness and Regional Health Authorities Human Resource Plan • Integrated province-wide information system • Major equipment • Major renovations and new construction Minister to be responsive to changing needs during current year and react appropriately and in a timely fashion.	Develop a three-year business plan (objectives and priorities) for the provision of health services, which meet the health needs in the region based on evidence, and which are consistent with provincial objectives and priorities (Provincial Health Plan). Plan to include: • Health needs • Services/programs delivered by Regional Health Authorities • Human Resource Plan • Major equipment • Major renovations and new construction • Operating budget Regional Health Authority to be responsive to changing needs during current year and react appropriately and in a timely fashion.
Approve Regional Health Plans (such decision should be thoroughly discussed with Regional Health Authorities).	Regional Health Authorities to support their regional health plans with factual evidence, projections and assumptions, success targets, etc.
Approve proposals from Regional Health Authorities relating to the establishment, closure and/or conversion of hospitals and community health centers.	Determine and approve changes to the menu of services of hospitals and community health centers within the region. (addition/removal of services)
Obtain advice and input from various stakeholders, including the public and service providers, to help plan the delivery of services not decentralized to Regional Health Authorities.	Obtain input and advice from the general public and service providers within the region.
Establish policies that will protect/promote the health of people in the province and prevent disease and injury.	Participate with the Province in the development of policies that will protect/promote the health of people in the province and prevent disease and injury.

Minister of Health and Wellness	Regional Health Authorities
Advocate the "health perspective" in government-wide policy development and in discussions at Cabinet committees.	Work with regional offices from other government departments to ensure a comprehensive approach in establishing the health agenda for the region.
Develop a provincial Human Resources Plan to ensure the proper number and mix of human resources, are available to support health services in the province.	Develop and submit for information a regional Human Resource Plan that ensures that the proper number and mix of human resources are available to support health services in the region.
Participate actively with Board of Management and the Office of Human Resources in collective bargaining with other health professionals/employees of the health system. Set and act as lead on behalf of government in the establishment of rates for salaried, contracted and fee for service physicians.	Participate actively with Board of Management and the Office of Human Resources and the Departments of Health and Wellness and Family and Community Services: • in collective bargaining with health professionals/ employees of the health system; and • in the process of establishing rates for salaried physicians
Develop a plan jointly with Regional Health Authorities that will provide an integrated province-wide information system for use in all Regional Health Authorities and for all provincially managed programs. The information system will link the health system together.	Provide input and work with the Department of Health and Wellness in the development of an integrated province-wide information system.

2. Funding

Minister of Health and Wellness	Regional Health Authorities
Secure funding from Legislature for: • the delivery and operation of centrally managed programs • the allocation of funds to Regional Health Authorities based on the approved Regional Health Authorities Plans (to include full funding required for the operation of services that Department of Health and Wellness insists be maintained despite evidence based proposals from Regional Health Authorities suggesting such services be eliminated or reduced)	Engage and fund services of Nursing Homes, Non-Government Organizations Service Providers (VON, home care, mental health education/promotion, etc.).

3. Collaboration

Minister of Health and Wellness	Regional Health Authorities
Accountable for: – the collaboration among Regional Health Authorities and the department – to develop a mechanism in cooperation with Regional Health Authorities, that ensures collaboration amongst them	Accountable for collaborating with the Department of Health and Wellness and other Regional Health Authorities to obtain maximum quality of patient care and efficiency and effectiveness within service delivery in the health system.

4. Assessing, monitoring, and reporting

Minister of Health and Wellness	Regional Health Authorities
Monitor and assess: • the health of New Brunswickers • the performance of the health system, including Regional Health Authorities Provide information, including assessment results, to Regional Health Authorities and general public. Report to the general public no less than on an annual basis and no later than June 30th of each year, on the achievement of the provincial business plan. Report to include assessment of progress on key initiatives.	Monitor and assess: • the health needs of individuals, families, and communities in their region • the delivery of program and services and share the findings with the general public and identify patterns of health that require investigating • the performance of all administrative and clinical activities within the Regional Health Authority Report to the Minister of Health and Wellness on a regular basis (quarterly) and to the regional general public (no less than on an annual basis and no later than June 30th of each year) on the achievement of the regional business plan. Report to include assessment of progress on key initiatives.

5. Service delivery

Minister of Health and Wellness	Regional Health Authorities
Provide timely support, advice and assistance to Regional Health Authorities in the implementation and ongoing management of their respective Regional Health Plan. Manage those services not assigned to Regional Health Authorities, including: • Office of Chief Medical Officer • Public Health Inspection • Medicare • Prescription Drug Program • Provincial Epidemiology • Provincial Cancer Registry • Vital Statistics The Department shall establish mechanisms to seek and receive input from Regional Health Authorities, to assist in the ongoing management and service delivery improvement within the above noted services. (ex: Prescription Drug Program coverage vs. drug coverage in hospital)	Implement and manage an approved Regional Health Plan (objectives and priorities) for the provision of health services which: • meets the health needs in the region; • is consistent with provincial objectives and priorities (Provincial Health Plan); and • is supported by evidence (from a research institute and other sources) Range of services included within all Regional Health Authorities will include health promotion and education, prevention, primary care and hospital care. Specific programs will include Public Health, Mental Health, Long Term Care, Extra-mural/Home Care, Rehabilitation, Addictions and Secondary Hospital Services. Some Regional Health Authorities will also manage and operate provincial tertiary hospital services.
Assist Regional Health Authorities in ensuring access to out-of-region and out-of-province services.	Collaborate with other Regional Health Authorities and the Department of Health and Wellness to ensure access for people in the region to tertiary or other health services not provided in the region.
Support Regional Health Authorities in their effort to integrate program/services at the regional level.	Manage health services in a manner that focuses on the needs of individuals and communities and integrate services and programs in the region.
Sharing and supporting best practice and innovation, experimentation and continuous improvement.	Foster a culture whereby services are managed by promoting and supporting best practice, innovation, experimentation and continuous improvement.

6. *Managing Resources*

Minister of Health and Wellness	Regional Health Authorities
Manage all financial, human and information technology resources required to deliver province-wide services not delegated to Regional Health Authorities. Support Regional Health Authorities by facilitating the establishment of provincial forums, systems, processes and mechanisms required for true cooperation amongst Regional Health Authorities and with the Department, for effective and efficient management of all resources.	Financial: • Manage financial resources and operate within the budget approved as part of the regional health plan. Human Resources: • Manage all functions of Human Resource management including staffing, labour relations, training and development and compensation. • Human Resource systems (performance management, payroll, Human Resource Information System, compensation, etc.) should be common for all Regional Health Authorities unless otherwise necessary for unique operational requirements. Material, Equipment and Physical Space: • Perform all management activities related to materials / equipment / physical space management consistent with provincial/ regional infrastructure and systems.
Information Technology: • Facilitate, in cooperation with Regional Health Authorities, the development of overall provincial information technology strategy and standards. • Facilitate the establishment of a provincial health data repository.	Information Technology: • Perform day to day management functions related to the operation and maintenance of information technology systems, including data management (and timely transfer of data to provincial data repository), network maintenance, desktop tools, software and hardware acquisition, user assistance, etc. • Perform system development and implementation in accordance with the provincial information system strategy and standards.

7. *Communication*

Minister of Health and Wellness	Regional Health Authorities
Communicate the aggregate health system picture to the total population • Provincial business plan	Establish an on going communication strategy with the population in the region to facilitate their involvement in their health care.

To achieve greater efficiency and effectiveness, the Minister of Health and Wellness and the Regional Health Authorities should explore the centralization of certain administrative duties that are otherwise delegated to the proposed eight regions. To prevent duplication and increase efficiencies, certain functions under corporate support services such as Human Resources/Personnel, Information Technology, Materials Management and Financial/Accounting services could become the responsibility of a special operating agency or a provincial corporation.

Provincial functions will need to be introduced without impeding the management flexibility and innovation required for Authorities to create the best service delivery for each community. However, standardization will balance this flexibility to ensure Regional Health Authorities deliver consistent, acceptable service. Provincially regrouped functions would not prevent Authorities from establishing strategic capabilities within these corporate service functions, which must be present regionally as part of the Regional Health Authority's management capacity. Examples of functions that could be housed under a provincial administrative entity include: Payroll, Purchasing, Information Technology Standards/Data Integrity and Accounts Payable and Receivable.

In keeping with New Brunswick's bilingual status, the provincial administrative entity would need to be able to serve and interact with Regional Health Authorities in both official languages at all operational levels.

The location of the provincial administrative entity should consider any economic impact it could have for various potential sites in the province.

The description of the responsibilities of the Minister of Health and Wellness and the Regional Health Authorities above is intended to provide a clear understanding of the roles these two levels of the health system are to perform in the future. On this understanding, the effectiveness of these accountability relationships depend. Accountability relationships must be supported by explicit and accepted performance expectations which provide sufficient resources and authority to act and follow-up, including the use of approved rewards and sanctions.

5.3 *Chief Executive Officers of Regional Health Authorities Responsibilities*

The Premier's Health Quality Council firmly believes the role of the Chief Executive Officer is pivotal in making the establishment of Regional Health Authorities a success. Individuals undertaking the role must become lead change-agents in the pursuit of health renewal at the regional level. The breadth of services to be managed by Regional Health Authorities will require strong linkages with other public services present in the region such as schools, provincial and local governments, and a multitude of not-for-profit and private sector organizations. CEOs will need to ensure these linkages are implemented as early as possible.

In addition to its recommendation that CEOs be appointed by and report directly to their respective Regional Health Authority Board, Council recommends CEOs become responsible for:

- General management and conduct of the affairs of the Regional Health Authority;
- Establishing strategic plans in cooperation with the Board, based on best available evidence, to address population needs and to achieve desired outcomes;
- Leading the operational activities of the Regional Health Authority in order to achieve its goals and objectives as approved by the Board;
- Directing and coordinating activities to achieve optimal use of financial, material and human resources;
- Creating a seamless continuum of health services for the region, including continuous improvement of primary health care service delivery;
- Maintaining an organizational design and service delivery approach consistent with the overall direction and strategic goals of the Regional Health Authority;
- Collaborating with regional stakeholders (citizens, non-government organizations, health care professionals, government agencies) to improve health outcomes for the citizens of the region;
- Working with the Board to ensure objectives of the New Brunswick Health Plan are being promoted;
- Providing timely, comprehensive and evidence-based information to the Board for full discussion;
- Understanding the characteristics of the region and maintaining a constant evaluation of public satisfaction;
- Representing the Regional Health Authority in working with other levels of government, other Regional Health Authorities, health care organizations, professional groups and associations, and public officials; and
- Working with the above stakeholders to establish a continuous culture of improvement in the health system.

5.4 Professional Advisory Committee

As stated previously, Council recommends a Professional Advisory Committee be established within each Regional Health Authority to advise the Regional Health Board. The Committee's mandate will be to advise on:

- Overall delivery of clinical services, including standards of care
- Criteria for admission and discharge (eligibility)
- Quality assurance and risk management
- Any other issue the Board may request the committee to consider.

The Committee's membership should consist of representatives employed by the Regional Health Authority from the various health professions servicing the community and institution-based health sectors, and would be appointed according to Regional Health Authority by-laws.

5.5 Medical Advisory Committee

In keeping with the regulations under the Hospital Act, Council recommends the preservation of the Medical Advisory Committee with its mandate to provide advice on overall clinical care issues and processes to the Board (in this case, the Regional Health Board). It focuses primarily on issues related to medical and dental staff, e.g. credentials, privileges, and peer review.

5.6 Effective Accountability Management Processes and Tools

The proposed accountability framework also includes management processes and tools. These are key instruments in making accountability work. Performance measurement and management systems fail when the accountability management processes and tools are ineffective in providing the discipline and rigor required for a culture of innovation and continuous improvement.

The Premier's Health Quality Council believes the following activities are essential to the implementation of a continuous improvement process:

- Establishing goals and performance indicators that are outcome oriented and measurable;
- Selecting strategies;
- Taking action and monitoring progress;
- Reporting on results;
- Evaluating results;
- Maintaining or changing the course of action.

These activities must be performed at provincial and regional levels. Regional Health Authorities need to be actively involved in the continuous improvement process activities related to the performance of the provincial health system. This will enable Regional Health Authorities to bring the provincial outlook to their respective region and thus ensure consistency between the priorities of both levels. A climate of collaboration should result, rather than competition. The continuous improvement process must be flexible enough to allow quick action when immediate changes are required.

Council identified a number of processes through which accountability could be achieved in the areas of planning, funding, performance and communication. These are listed as follows:

5.7 Planning and Priority Setting

- Premier's Health Quality Council Vision for the health system
- Orientation for Regional Health Authority Boards and Departments (Health and Wellness and Family and Community Services)
- Health needs assessment tools
- Provincial Health Plan
- Regional Health Plans, including:
  - Key goals
  - Objectives
  - Assumptions/projections/evidence
- Provincial and regional human resources plans
- Provincial and regional information technology plans
- Provincial and regional responsibility centres for best practice/ innovation and continuous improvement.
- Ongoing provincial and regional evidence based system planning forums to determine priorities and ensure collaboration at all levels:
  - Overall health system planning group (Health and Wellness Deputy Minister, Regional Health Authority Board Chairs and Chief Executive Officers)
  - Clinical advisory groups by program/speciality
  - Provincial Human Resource coordination (collective bargaining, employer/employee relations, compensation systems, training, job design, payroll, etc.)
  - Provincial IT coordination (information systems hardware and software standards, data integrity, etc.)
  - Health services utilization management working groups

  - Supplies and equipment inventories, medical technology and physical space planning
- Inter-departmental regional forum for groups such as:
  - administrators
  - clinicians
  - support services
- Topic specific advisory committees to the Regional Health Authority Board
- Legislation and Policies

5.8 Funding

- Provincial and Regional Health Authority budgets to dedicate a minimum percentage of funding for information systems, prevention/promotion, human resource training and development, innovation and research
- Service agreements between Regional Health Authorities, nursing homes, and non-government organizations, including funding for services based on provincial standards
- Funding mechanism between Family and Community Services and Nursing Homes for capital expenditure projects
- Protected funding arrangements for specific programs / Non-Government Organizations
- Annual funding by Department of Health and Wellness to the provincial health research institute[1] in exchange for specific research/studies agreed to by the Department of Health and Wellness, Regional Health Authorities and the research institute
- Provincial and regional budgeting processes. (Financial planning and monitoring, etc.)

5.9 Performance Measurement

- Health system performance measurement - all health services (Balanced Scorecard[2])
- Health Policy Evaluation
- Health Services Utilization Research
- Social Determinants Research
- Population Health Status Research
- Linkage with the Government's Corporate Outcomes Initiative
- Community surveys/results published

- Penalties/corrective actions to address non-compliance with the Provincial Health Plan / Rewards for outstanding performance. Circumstances warranting these measures must be understood in advance - clear expectations
- Provincial health research institute[3] (independent 3rd party) that provides evidence to guide/support the development of provincial and regional health plans (services utilization analysis / policy evaluation)
- Department of Health and Wellness and Regional Health Authorities responsibility to collect and share data with health research institute.
- Provincial Health Report Card[4]
- Charter of Rights and Responsibilities[5]

5.10 Communication

- Public consultation / notice mechanism
- Regular public statements from the Minister of Health and Wellness and from Regional Health Authorities to foster greater sensitivity to the health perspective
- Population health reports from provincial health research institute
- Department of Health and Wellness and Regional Health Authorities annual reports
- Community surveys / results published
- Publication of the three-year business plan
- Quarterly publication by each Regional Health Authority

5.11 Department of Family and Community Services Linkage

As proposed, Regional Health Authorities will be responsible for delivering long term care services, requiring joint planning and coordination with the Department of Family and Community Services.

This joint planning would require that the portions of Authorities' three-year plans and annual plans relating to long term care services be approved by the Minister of Family and Community Services. Council recommends such an agreement.

Further review is needed to determine whether a transfer of staff from the Family and Community Services regional staff now involved in the delivery of Long Term Care to the Regional Health Authorities is required. Central Office staff will continue to operate under the authority of Family and Community Services and will support the work of Regional Health Authorities by providing standards, performance monitoring, expertise knowledge on best practices in long term care, inspecting and licensing of nursing homes.

Family and Community Services would provide the necessary funding for Regional Health Authorities to deliver an agreed-upon menu of services, including the purchase of nursing home services. Funding levels must be based on an approved set of provincial service standards, established jointly by Family and Community Services and Regional Health Authorities.

The Minister of Family and Community Services is accountable to the government for the overall Long Term Care Program. As such, the Minister shall monitor and assess the performance of Regional Health Authorities as it relates to the delivery of long term care services. Accordingly, Regional Health Authority Boards must be accountable to the Minister of Family and Community Services for the delivery of long term care services.

5.12 Conclusion

The Council's proposed accountability framework features the notions that accountability relationships are defined by structure (authorized roles, responsibilities and reporting lines), require supporting processes (clear expectations, monitoring, reporting and follow up actions) and focus on results.

1 Featured in later sections of the Report

2 Featured in later sections of the Report

3 Featured in later sections of the Report

4 Featured in later sections of the Report

5 Featured in later sections of the Report

6. New Brunswick Health Report Card

6.1 Introduction

Council's recommendations for the development of the New Brunswick Health Report Card are broad-based and intended to provide an overall direction.

The ideas and concepts put forward by Council result from a thorough review of best practices and experiences of other jurisdictions in public reporting of health system performance, health status of the population and social determinants of health. Expert advice received through discussions with academics, health researchers, information technology consultants and federal / provincial public servants involved in performance measurement activities within the health field, has been invaluable in guiding Council members through a very specialized domain.

A successful and credible report card depends on the availability and integrity of data. Experts cautioned Council that it is necessary to have a minimum of three to five years of data for the proper investigation and scaling of performance results. This particular challenge will only take time to remedy. The credibility and accuracy of the report card will improve as the health system evolves toward seamless care, an evolution that will be supported by the Report Card itself.

Expert advice clearly stressed the importance of impartiality and its 'perception' in the eyes of the public to the integrity and credibility of the Report Card. Council proposes this issue be addressed through the creation of an independent health research organization for New Brunswick described in the latter part of this chapter. In addition to producing the Report Card, this organization will support accountability in health care by evaluating changes to practice, programs, and the health status of New Brunswickers.

6.2 Purpose

In keeping with the main thrust of Council's vision, the New Brunswick Health Report Card must strive to:

- Inform the public of the performance of the health system, including health standards, future readiness, education of health care providers, research utilization as well as progress made in the future on priority initiatives (i.e. development of primary care, integration of all health services, prescription drug access and utilization, etc.);
- Inform and educate the public of the health status of New Brunswickers and factors affecting good health; and
- Assist government, health system managers and providers on health policy, health system planning and evaluation, and service delivery decisions.

6.3 Target Audience

The Health Report Card is a vehicle through which New Brunswick can share with many stakeholders information on the health of its population and the performance of its health system. These stakeholders include health care providers, health system managers, and the research community. However Council recognizes the primary target audience should be the citizens of the province.

6.4 Performance Monitoring

Provincial governments across Canada are faced with increased pressures on their health systems. In the eyes of an increasingly demanding public, the government is responsible for the performance of a health care system battered by rising costs, professional shortages and access issues. Internally, expectations are high. Elected officials want health system managers and providers to offer improved services while containing costs. At the same time, managers and providers themselves require the tools and systems to make the appropriate decisions, operate efficiently, and better respond to the needs of the population. There is a need for factual, evidence based information with which to make good decisions at all levels of the health system.

Federal, Provincial and Territorial governments (F/P/T) reached an agreement in the fall of 2000 to develop a common base from which the performance of health systems across the country could be monitored and reported to the public. First Ministers asked health ministers to:

- Provide comprehensive and regular public reporting by each government on the health programs and services they deliver, on health system performance and on progress towards the priorities set forth above; and
- Collaborate on the development of a comprehensive framework using jointly agreed comparable indicators that each government will begin reporting by September 2002. These comparable indicators will address:
  - health status (i.e., life expectancy, infant mortality, low birth weight, people reporting their health as excellent);
  - health outcomes (i.e., change in life expectancy, improved quality of life, reduced burden of disease and illness); and
  - Quality of service (i.e., waiting times for key diagnostic and treatment services, patient satisfaction, hospital re-admissions, access to 24/7 first contact health services, home and community care services, the adequacy of public health surveillance and health protection and promotion activities).

The Premier's Health Quality Council views the Federal, Provincial and Territorial performance measurement initiative as an opportunity for New Brunswick to develop its measurement capacity for health services and be able to compare results with other jurisdictions. Some of the indicators proposed by Council are consistent with those under the Federal, Provincial and Territorial September 2000 Agreement.

Already in New Brunswick, efforts are underway to create the capacity to monitor the performance of the health system, particularly in the hospital sector. In 1999, the Department of Health and Wellness and hospital corporations joined efforts to develop a performance measurement system that uses a balanced set of indicators to measure the quality and sustainability of the regional hospital system. The measurement system ("Balanced Scorecard") is required to support continuous performance improvement and enhance regional hospital accountability by enabling evidence-based evaluation of performance. Areas of focus include financial, clinical and non-clinical operations, system integration and learning, and patient/community satisfaction.

The distinction between the Report Card and the Balanced Scorecard is twofold according to work done by the Ontario Hospital Association and the University of Toronto: the level of analysis and the target audience. According to their model, a report card is a high-level set of indicators, which focus on external stakeholders. A balanced scorecard is a more detailed report with a set of indicators designed for the operational needs of internal stakeholders such as managers and providers.

Based on its own review of the work on the Balanced Scorecard initiative, Council recommends this measurement approach be expanded to cover all services and programs that will eventually be managed by Regional Health Authorities (Public Health, Mental Health, Long Term Care, etc.). Council considers this recommendation essential to the management of an integrated and seamless service delivery.

The Balanced Scorecard performance measurement approach is directed at fulfilling the need for internal monitoring and reporting. Although not typically intended for public reporting, this measurement system requires rigor in data management that will provide a more complete and reliable database for the development of the Provincial Health Report Card, insofar as it relates to the performance of the health system.

6.5 Framework

Consistent with its vision for New Brunswick, the Premier's Health Quality Council believes citizens must be informed about the performance of the health care system, the health status of the population and the social factors that impact the health of New Brunswickers.

This position is consistent with the mandate of the Department of Health and Wellness, a mandate which looks to focus on wellness as well as illness. It is also consistent with the approach adopted within the Federal/Provincial/ Territorial Agreement (F/P/T). The consistency is required to enable New Brunswick to draw comparisons with other provincial jurisdictions.

6.5.1 Performance Measurement Dimensions

The Premier's Health Quality Council recommends the Report Card cover four specific dimensions:

- Social determinants of health;
- Health status of New Brunswick's population;
- Performance of New Brunswick's health care system; and
- Community and health system characteristics.

For each dimension, a number of indicator categories are possible. The table below highlights categories put forward by Council for each proposed dimension:

Social Determinants of Health	Population Health Status	Health System Performance	Community and Health System Characteristics
• Health Behaviours • Living and Working Conditions • Personal Resources • Environmental Factors	• Health Conditions • Human Function • Well-being • Deaths	• Acceptability • Accessibility • Appropriateness • Competence • Future Readiness • Effectiveness • Efficiency • Safety	• Demographics • Health System Expenditures • Health Personnel • Service Volumes

The menu of indicators published in the Report Card will vary in each publication. Council considered elements of its proposed vision to identify priority indicators. While concerns remain regarding the inability to compile enough data in the first few years for a reliable Report Card, Council nonetheless identified the following list as possible indicators:

Social Determinants of Health

- Lifestyle
  - Addiction rates (smoking / tobacco, alcohol, drug, gambling)
  - Physical activity
  - Nutrition / diet
- Education
- Employment / Unemployment
  - Employment status distribution (full-time, part-time, seasonal)

- Employment conditions (employment security, benefit coverage, retirement options, etc.)
- Unemployment status distribution (Employment Insurance, income assistance)

- Early childhood development, (child health programs availability, school readiness, etc.)
- Environment
  - Regulations/enforcement
  - Quality management tracking – waters, air, soil, etc.
  - Toxic exposure, ecological integrity, use of pesticides, recycling, marshland preservation, etc.
- Criminal rates and other justice statistics, including:
  - Incidents of domestic violence
  - Sexual assaults
- Income & poverty levels
  - Groups (incl. single parent family, age 65+, etc.)

Population Health Status

- Obesity (Body Mass Index - by age/sex)
- Disability rates (lost functions/absenteeism - lost days of work)
- Population fitness
- Improvements achieved on population health status
- Premature mortality
- Incidence of preventable disease (diabetes; hypertension, etc.)
- Incidence of diseases (cardiac, cancer, AIDS, depression, Alzheimer, Arthritis, etc.)
- Self-rated health status, self-esteem and quality of life

Health System Performance

- Access to primary care services
  - 24/7
  - Comprehensiveness
- Patient satisfaction/ population satisfaction / level of confidence in the system
- Service access in the language of choice (number of complaints)
- Satisfaction rate of providers / staff moral rating / annual staff turnover

- Wait time in referral to specialist / time from specialist to treatment / care sought
- Timely intervention treatment
- Waiting list to secondary, tertiary care source
- Percent of tertiary care use by region
- Waiting time to access tertiary care by region (tertiary index)
- Health promotion/prevention initiatives/clinics (e.g. yearly physicals)
- Regional Health Authorities financial management performance
- Regional Health Authority responsiveness to community needs
- Overall health budget and cost breakdown by programs / services

Community / Health System Characteristics

- Recruitment / retention - professional resources
- Profile of drug coverage per region
- Education/ research capacity / research dollars accessed
- Age demographics by province and by region
- Overall health budget by program / year over year comparisons
- Description and number of primary, secondary and tertiary centres
- Tracking volumes/patterns of usage of emergency rooms/community health centres (weekends/nights), progress in people appropriately accessing services
- Number of prevention / promotion programs by region

Further refinement, particularly in the selection of indicators, will require the assistance of indicator experts and health researchers from the proposed third party research institute.

6.5.2 Levels of Comparisons

The proposed framework of indicators is consistent with other provincial and national performance measurement initiatives. By adopting a similar approach, New Brunswick will be better able to inform its citizens on the performance of its health system and the health status of its population in relation to other areas of the country. Furthermore, as other public reports originating from outside sources (federal/provincial research bodies, etc.) often profile New Brunswick, the proposed framework recommended by the Premier's Health Quality Council will enable New Brunswick to interpret findings contained in such reports through further research conducted in the provincial context.

Information contained in the Report Card should include comparisons at several levels: national (New Brunswick vs. national average / other provinces), provincial (Population-wide / system-wide) and regional (by communities and Regional Health Authorities). Council recognizes that Regional Health Authorities will be focused on implementation issues during their first year in operation. It is therefore preferable that health system performance measures initially be reported on a province-wide basis. Only once Regional Health Authorities are fully established should performance comparisons between regional services be used to determine best practices and influence changes to the Provincial Health Plan.

6.5.3 Health Quality Standards

Council's mandate specified that the New Brunswick Health Report Card also address health quality standards to ensure New Brunswickers know what can be expected from the health system, particularly in the context of service access. Against these standards, performance measurement should support the introduction of the Patient's Charter of Rights and Responsibilities, and its effectiveness over time.

Some standards can be identified now (i.e. response time and training levels for ambulance services). However, much more reliable information about the health system's current performance is required in order to establish standards that are attainable and sustainable yet truly reflect appropriate care. Standards will be set over time as accurate data is collected and evaluated by the third party research institute.

6.6 Design Considerations / Challenges

6.6.1 Design Considerations

For the implementation of a successful Report Card, Council recommends that:

- Content be responsive to the information needs of the target audience: the public;
- Information relate to the regional/local community context as well as to the overall provincial picture;
- Measures relate to good health and good health care;
- Each publication focus on a few indicators as opposed to measuring and reporting everything at once! (Less than 10);
- Content vary from publication to publication, using both short and long-term indicators;
- Information include positive and negative results, where possible information on negative results must be "actionable" (indication of what will be done to improve the results);
- Easy-to-understand information be provided about quality of care and outcomes;

- Various forms of communication be utilised (including Web-based technology) to foster engagement by the majority of the public;
- Development be supported by 'best practices' (draw from public report card experiences of other jurisdictions); and
- Impartiality and the perception of impartiality remain crucial for the integrity and credibility of the New Brunswick Health Report Card. Government must avoid self-promotion and should mandate an independent 3rd party (Research Institute) to develop the Report Card.

The Report Card should be published at least once a year. Council further recommends that quarterly reports be introduced to address timely issues concerning the health status of the population and the performance of the health system.

6.6.2 Challenges

The limited scope of data collection must be addressed. The Department of Health and Wellness already collects data about health care system performance and epidemiological data. But, data related to determinants of health such as income levels, environmental conditions, education levels, employment and working conditions is not routinely being examined for its links to the health status of New Brunswickers. Nor is it being utilized to guide public policy changes by other government departments that affect health. More resources are essential to expand the range of data collected; this data is essential for understanding the complex interplay of factors influencing the health status and the effective delivery of health care in New Brunswick.

The Departments of Health and Wellness and Family and Community Services need to allocate additional resources to refine and link existing health data bases in such a way that individual cases can be tracked among diverse data bases.

The Department of Health and Wellness also requires immediate additional resources to address the completeness and quality of current data collection, particularly the gaps in ambulatory, post acute and community care, such that the data can be effectively used in the proposed Report Card.

6.6.3 First publication

The Report Card should be published at least once a year after Regional Health Authorities begin to manage the delivery of health services (first publication in the spring of 2003). Because the availability of valid data is likely to remain a critical issue for some time, the first publication may focus on progress made in the establishment of Regional Health Authorities and seamless service delivery between health programs. Information readily available in the areas of population health and social determinants of health should also be incorporated in the first publication. As evidence mounts over time through research and other means, further publications of the Report Card should be able to feature additional findings related to social determinants of health, population health status and the emerging trends and linkages between these and the performance of the health system.

6.7 Health Research - Objective, Evidence-based Information

To be credible, the public must perceive the New Brunswick Health Report Card as an objective assessment. The experiences of other jurisdictions and recent publications on report cards reveal that an independent third party should be retained for the development and publication of the Report Card.

The government's health and wellness vision moves beyond the delivery of health care services. In order to evaluate the health status of New Brunswickers and the effectiveness of the health care system, data must be collected not only from the Department of Health and Wellness but also from other departments and agencies collecting information related to social determinants of health. Production of the Report Card requires the thorough investigation of relationships between various data to identify why such relationships exist.

New Brunswick does not have an established health research body capable of presenting such findings for all four dimensions of the proposed performance measurement framework.

As stated in the Health Services Review Report, charting a course for the health care system requires ready access to relevant information on current and emerging trends and issues in the health field. This access is a must for all stakeholders including the departments of Health and Wellness and Family and Community Services, Regional Health Authorities, health professionals and the public.

Council is convinced that reliable information for evidence-based policy and service must be collected by a credible, high profile organization whose primary focus is to research, analyse and comment on a wide range of quality and performance-oriented matters in the health system. Council is equally convinced this organization must remain at arms length from parties directly involved in the provision and management of health care. As stated in the Fyke Report (Commission on Medicare in Saskatchewan), *"such an organization must preserve an independent voice and its views and conclusions must not be compromised by everyday contingencies and pressures".*

The third party/research institute would be responsible for the ongoing publication of the Report Card and would commission various stakeholders for research, design and publication activities. Data would be secured through internal government sources (health system, and other government departments including Family and Community Services, Education, Environment and Local Government and Finance) and external sources (Statistics Canada, non-government health organizations, universities, etc).

Today, New Brunswick is the only province in Canada that has neither a provincial health research organization nor invests substantially in health research. This is a significant disadvantage. Council urges the provincial government to invest substantially in building the research capacity that is so desperately required in order to provide "made in New Brunswick solutions" stemming from "made in New Brunswick research".

The Premier's Health Quality Council proposal for a health research institute is as follows:

Proposed name

New Brunswick Health Research Institute (NBHRI /Institut de recherche en santé du Nouveau Brunswick (IRSNB)

Role

- To increase health research capacity in New Brunswick by supporting existing and new health researchers and research activities in the Province. (The "hub" of health research)
- To provide relevant information (evidence-based) on current and emerging health trends and issues to government, providers, research community and the public
- To conduct research on the health status of New Brunswickers, the performance of the health system and the broader determinants of health, and to communicate findings through various media, including the publication of the New Brunswick Health Report Card
- To establish linkages where appropriate with other government bodies with the responsibility for key determinants of health as well as with other provincial and national health research bodies
- To inform health researchers in the province on the salient health research issues.

Other possible functions

- To serve as a data repository for data collected by the Department of Health and Wellness, Regional Health Authorities and other pertinent government departments, as well as to make such data available to the research community, based on appropriate confidentiality measures
- To stimulate health research in New Brunswick by participating in the process of securing funds from various government levels and the distribution of such funds to targeted research priorities
- To enhance research output and capacity in New Brunswick by leveraging targeted research monies from various government and non-government agencies such as Canadian Institutes of Health Research, Canadian Health Services Research Fund, Heart and Stroke Foundation, Canadian Diabetic Association to address important health research questions.

Distinction with the role of the Department of Health and Wellness

Based on the model proposed by the Premier's Health Quality Council, the future role of the Minister/Department of Health and Wellness can be summarized as follows:

- To set policies, goals and standards for the provincial health care system (in cooperation with Regional Health Authorities)
- To monitor and evaluate the performance of the health care system (including health programs and services delivered by Regional Health Authorities)
- To fund the health care system
- To collect data and forward it to the Institute with appropriate confidentiality precautions

To effectively carry out these functions, the Department of Health and Wellness will need to rely increasingly on evidence emerging from research on numerous facets of health, including progress made on health outcomes, innovations in service deliveries and best practices. This type of support is not typically found in health ministries. Instead, in the other jurisdictions, it is lodged within an organization whose main purpose is health research such as the one proposed herein.

Structure / Governance

To ensure appropriate accountability and an appropriate degree of independence, a Board reporting directly to the Legislature would govern the proposed health research institute. Membership could be struck with the aim of creating the leverage, influence and leadership to establish the desired effectiveness and presence of such institute.

Suggestion for Board membership could include representation from:

- the provincial government (one or two deputy ministers from departments such as Health and Wellness, Family and Community Services, Education and Environment and Local Government)
- Regional Health Authorities and professional groups
- academic institutions from within and outside New Brunswick
- other health research organizations (Canadian Institute for Health Information, GPI Atlantic, Manitoba/Saskatchewan Centres)
- health charities actively supporting health research, and
- the private sector (including expertise areas such as accounting/ auditing firms)

To assist the Board in its work, supporting committees such as Scientific Review and Ethical Standards would be established.

Advisory panels would also assist the staff on specific subject areas for which the institute would conduct active research. (e.g. Advisory Panel on Health Services Utilization, Advisory Panel on Clinical Outcomes, Provincial Strategy Committees for Heart, Cancer, Diabetes, Asthma, etc.)

To serve as 'the hub' for the health research community in New Brunswick, the institute would encourage all New Brunswick health researchers to become associate members. Access to provincial data and funding grants would serve as incentives to motivate researches to establish a formal link with the institute.

An Executive Director would be responsible for the general management and conduct of the affairs of the institute and would report directly to the Board.

Once fully operational, the institute would employ researchers, computer programmers, systems analysts, administrative staff and secretarial support.

Funding

The proposed research institute is similar to the models used in other jurisdictions such as Manitoba and Saskatchewan with respect to its purpose/roles, staffing and funding arrangement.

As a funding benchmark for health research, the Province of New Brunswick should target as much as 1% of the public health care budget ($1.683 billion for 2001/02) which would represent a sum of approximately $16 million. A substantial portion of this amount should be immediately set aside for the establishment of the institute and to initiate major studies on pressing issues related to health care in the province such as the quality and utilization trends for health services.

The above-noted funding may appear excessive. However, studies have shown that health research institutes bring long-term benefits to the performance of the health system and the economy that greatly exceed its required funding. The potential effect on the economy is substantial, as is the improvement in government policy and decision-making for the field of health care. More evidence-based decisions will lead to better use of health care dollars over time. Through the institute, federal research funding could finally be accessed whereas in the past, various provincial research initiatives were unable to secure such funding as no matching funds could be obtained from the provincial government. Other benefits for New Brunswick will include a new potential for hosting conferences in the health care field, job creation and commercialization activity arising from the research findings. Similar results occurred in other jurisdictions that have established research institutes, including Prince Edward Island.

Implementation

The Premier's Health Quality Council strongly recommends that the Board and the Executive Director be in place by the spring of 2002. This would serve as the catalyst to have the institute fully operational within that same year.

Developmental work related to the first publication of the New Brunswick Health Report Card would be under the responsibility of the Board. Initially, some staff resources could be seconded on a full-time basis from departments such as Health and Wellness, Family and Community Services and Supply and Services (Info. Tech.), to support the work of the institute until this one is fully operational (permanent staff recruited, information system in place, etc.), ideally by the fall of 2003. However, experienced and credible health researchers are essential for the success of this institute as a third party institute.

List of Additional Indicators

Social Determinants of Health

- Food banks/community kitchen utilization
- Opportunities to contribute
- Volunteerism
- Staying involved after retirement
- Social supports / social networks
  - Individual level
  - Community level
  - Homelessness
- Opportunities for physical activity
- Educational options over life span

Population Health Status

- Life expectancy
- Leading causes of death
- Appropriate nutrition (undernourished)
- Functional health / activity limitation / chronic pain
- Teenage birth rates
- Utilization indicators (drug therapy, treatment/intervention, etc.)

Health System Performance

- Public's understanding of the system
- Utilization of services overtime - trends - physicians offices, tele-care, Emergency Room, Community Health Center - access pattern changes
- Number and type of prevention programs per region
- Outcomes on interventions
- Iatrogenic rates (medical treatment / introduced errors by health professionals)
- Progress in business planning (long term / Provincial Health Plan)
- Level of community involvement/innovation in system/services at local/regional level
- Response times (ambulances)
- Mean response time to respond/stabilize and transfer
- Median travel time to your Primary Care provider
- Seamless delivery/level of integration/continuity of care/ interdisciplinary care
- May not require hospital admission
- Client/Community-Focus (communication, confidentiality, respect and caring, participation, involvement in the community, etc.)
- Utilization rates / volume of services rendered (number of patient days, MRIs, CAT Scans, visits to General Practitioners / Specialists, etc.)
- Training, in-service development - Health Professional
- Student enrollment in health professions
- Progress towards "One health record per person" - personal access to that record (in whole or in part)
- Number of family physicians and specialists positions (vacant, filled-average age / gender) per region (for primary and secondary care) per thousand of population

- Number of tertiary physician specialists positions (vacant, filled - average age / gender) for the province per thousand of population
- Number of other professional positions (vacant, filled- average age / gender), (nurses, occupational therapists, physiotherapists, speech language therapists, psychologists, etc.) per region, per thousand of population

Community and Health System Characteristics

- Number of ambulances, number of CAT Scans, number of MRIs, etc. / Average age of equipment, vehicles, etc.

Appropriate use of resources

- Electronic health record - progress in integrating information technology/information system infrastructure
- Pattern of secondary procedures per region
- Number of full time positions (using regular worked hours instead of number of individuals by profession); provincial ratio "Full-time Equivalent (FTE)" / per capita
- Volunteerism (provincial, regional, community figures)
- Capital investments (modernization) by all sources and linkage with three year planning activity
  - From Provincial Government
  - From Federal Government
  - From foundations
- Usage of non-publicly funded health services (physiotherapy, mental health, etc.) – Usage percentage of private pay system.

7. Charter of Rights and Responsibilities

7.1 Introduction

Part three of Council's mandate asked Council's input in the development of a Patient Charter of Rights and Responsibilities. First, Council outlined their vision for this Charter. Council adopted certain basic premises for its development, agreeing that a Charter should:

- Stem from the overall Vision of the renewed health system;
- Outline rights and responsibilities at every level: individual, health professional and system;
- Inform, educate and support informed decision making for individuals/professionals and the system;
- Promote collaboration and cooperation in achieving a shared responsibility for health and the system;
- Apply to all health services for all citizens, prior to, and after discharge from the health care system;
- Provide transparency and demystify access to health services for both the individual and the professional working within the system;
- Be supported by mechanisms which provide the necessary supports for individuals to fully exert their rights and for the system to be able to deliver consistently;
- Be monitored and evaluated to measure success on delivering rights and on creating a climate that allows for citizens to assume their responsibilities;
- Evolve with a system in transition, be acted upon, respected and followed.

The proposed Charter addresses the rights and responsibilities of an audience broader than patients. The goal of this Charter is to encourage individuals to take an active role in maintaining good health. With this in mind Council proposes the adoption of the following name for the Charter:

New Brunswick Health Charter of Rights and Responsibilities

The proposed Charter was developed to clarify for New Brunswickers what can be expected from their health system during transition and after the renewal process is completed. Some of the supporting mechanisms and features associated to the Charter will be implemented gradually as the system evolves. The Charter clarifies this new orientation but is dependant on these features coming in place to enhance access, communication, and right to decide.

The rights referred to in the Charter are not new rights. These rights are in complete accordance with various federal and provincial statutes governing health care and are consistent with the ethical codes of conduct governing health professionals. To write the Charter, Council drew upon the five principles of the Canada Health Act: public administration, comprehensiveness, universality, portability and accessibility. This Charter serves to reinforce these principles by further defining what they mean in the New Brunswick Health System.

The Charter is not meant to address finite details of every service or program delivered within the health system. The terminology used throughout the Charter is as specific as possible. However, when a term open to wide interpretation such as 'reasonable' is used, it will be defined through program specific provincial standards.

The Charter has been designed to balance expectations with responsibilities. Those who work within the system and those who access it each have very clear contributions to make in ensuring optimal health outcomes. This Charter will serve as a guide to all concerned in moving toward that direction.

7.2 Purpose of the Charter

The Charter as proposed performs three specific functions: the explanation of expectations, the explanation of responsibilities and the support of a service delivery which will meet collective expectations.

The Charter will explain to New Brunswickers what can be expected from the health system and from health professionals. Council believes individuals must be informed of how health services are delivered and what their rights are when accessing those services

New Brunswickers will have their individual responsibilities within the health system and toward health professionals explained as well. This serves to promote a shared responsibility for health and the health system by clarifying what each individual can contribute to ensure optimal efficiency.

The terms of the Charter were further written to support a spirit of service delivery that meets collective expectations. Service standards and monitoring through the Health Report Card will enable an assessment of the system's performance vis-à-vis the identified rights and responsibilities.

7.3 The Charter as a legislated act or part of public policy

Council's responsibility includes laying out the potential application of the Charter. However, it is the government who must decide whether the Charter be legislated or brought into public policy.

Council's had several major considerations about the Charter's possible application. These include that the Charter should:

- Put mechanisms in place to ensure the Charter is applied and respected, such as the Public Trustee/Guardian office, legislated provisions for Advanced Health Care Directives;
- Be used as an instrument to identify the strengths and weaknesses of the health system as it relates to the rights and responsibilities of individuals and professionals, while remaining open to remedial action;
- Remain a positive feature within the system for the professionals working within the system and for the individual that accesses services;
- Put mechanisms in place to address individual complaints or issues, should be easily accessible and at no cost to the individual;
- Be implemented in the spirit of helping health professionals and individuals work together towards good communication and achieving common goals; and
- Serve to educate and inform the public.

7.4 The Proposed Charter

The Charter addresses the following five broad categories of rights.

Access to health services: *addresses access, equity, responsiveness to individual need, continuity of care, linguistic, ethnic, spiritual/religious, family and cultural factors. These are supported by mechanisms such as improved access through a network of Community Health Centres, and maximizing roles of professionals.*

Making your own decisions: *supports the ability of individuals to make decisions, ensures individual control of care, and supports informed decision-making. These are supported by mechanisms such as, legislated provision for "Advanced Health Care Directives", and the creation of an Office of Public Trustee/Guardian.*

Good communication and information *sets the foundation necessary for individuals to make informed decisions about their care, right to access their own information, to know how the information is used, to question, and to understand what is expected of them through their care. These rights are supported by mechanisms such as a new service delivery model where the right health professional provides the right care at the right time and at the right place. This will ensure that professionals can spend more time answering questions/issues and provide individuals with enough information and support to pursue health goals.*

Personal consideration and respect *states accepted standards of professional courtesy and outlines individual respectful treatment to which every New Brunswicker is entitled. These are supported by a system that emphasizes good communication and information, a continuum of care that is person-centred and provides opportunities for more individual involvement.*

Addressing your issues/complaints/questions *addresses the individual's right to advocacy within the health system. It is recommended that the right to advocacy be supported by a Provincial Advocate and Regional Advocates to assist individuals with their issues about a service or the outcome of a service/intervention within the scope of the Regional Health Authority. The advocacy system is not meant to replace other mechanisms such as professional association complaint processes, or the legal system. Rather, the role is to facilitate communication between a professional(s) and family/individual when problems arise, or review and direct individual inquiries.*

The Charter outlines a number of specific rights and responsibilities for the individual, the health professional and the system. The complete Charter can be found at the end of this Chapter.

7.5 Supporting Mechanisms

While developing the Charter it became apparent that the system must support individuals and health professionals with the appropriate mechanisms , if it is to be effective. A number of mechanisms need to be in place to facilitate and respect the rights as stated. These mechanisms allow individuals to fully exert their rights in areas that extend beyond the health system but nonetheless impact on health outcomes. They are:

- The creation of an office of Public Trustee/Guardian
- The creation of regional and provincial advocate positions
- Legislation allowing for the use of Advanced Health Care Directives
- A renewed health system and service delivery model.

7.5.1 Public Trustee/Guardian

The Public Trustee/Guardian initiative has been studied on numerous occasions in New Brunswick over the years. The idea has again re-surfaced as part of a comprehensive and integrated health system, at Council's recommendation. The problems and issues that continually brought the idea to the forefront still exist in today's health system.

Purpose of the Public Trustee/Guardian

To assist and protect individuals who are not capable to make their own decisions regarding the management of their estates, their personal care or their health care, and have no one to assume that responsibility.

Scope of Public Trustee/Guardian

The Trustee of last resort , as recommended by Council should provide services to the people of New Brunswick by:

- Administering the estates of people who have died in New Brunswick with no one else capable or willing to act as administrator;
- Administering the estates of people who are not mentally capable of doing so and making financial and care decisions on their behalf;
- Administering the estates of people who have granted a Power of Attorney to the Public Trustee;
- Administering trust monies on behalf of people who are under 18 years of age;
- Supporting all these functions with legal, financial and accounting expertise; and
- Fulfilling additional roles pursuant to legislation or as ordered by the Court.

Description of the issues

Research revealed limitations of the protective measures for vulnerable adults in the current system. Some of the major gaps leave individuals with very few options to guard their well being. This inability to act leaves the system vulnerable to higher costs and/or improper utilization of expensive resources.

In its deliberations on the issue, Council discussed many of the challenges in the province.

Demographically, New Brunswick's population continues to age. This aging generation has accumulated more than their predecessors ever did, in the form of retirement pension plans, insurance, property. This aging population also has more debts to manage than their predecessors. Because of these factors, estates are expected to be worth more and be more complex to manage.

These difficulties will touch more than just financial matters, moving into every aspect of decision making, including personal care, medical care, and living arrangements.

At the same time concerns have risen that many individuals facing declining mental states have not prepared for the day they will no longer be competent to make their own decisions. The same type of concern applies to intellectually or mentally challenged individuals who need support and assistance to make decisions, and whose financial affairs may be left unmanaged. This leaves the door open to financial abuse.

Without the protection of a Public Trustee/Guardian, or a pre-selected surrogate decision-maker, the now disabled adult can be vulnerable to financial abuse. The current protection mechanisms require an application to the courts, which can be costly and time consuming. Many individuals do not have someone willing or able to act for them.

There are a number of vulnerable/disabled adults in hospitals. They may have been admitted for a minor health problem, then during the course of their in-patient stay lose their ability to make decisions. The process of moving these individuals to more appropriate settings or providing appropriate care depends largely on their ability to understand the situation, provide the necessary information and give their consent to be moved. Many disabled adults spend months in hospital beds before an appropriate placement can be made, because they lack the ability to give informed consent.

The current situation presents a number of issues for nursing homes who are admitting individuals whose financial situation is not clear. It presents major difficulties for the nursing home to access the client portion of the cost deemed the responsibility of the resident. This can have major financial implications for these nursing homes, which are non-profit operations.

Current legislated mechanisms, such as the Infirm Person's Act and the Mental Health Act, address certain aspects of the protection of vulnerable adults. But these are limited to very specific situations/groups. Examples of this include access for psychiatric patients to a patient advocate system and administrator of estates and the preparation for future loss of autonomy by the naming of a surrogate decision-maker through power of attorney who will make decisions for them when they can no longer make their own.

The provisions under the Infirm Person's Act and Mental Health Act offer some options and flexibility. However, these provisions are not sufficient and do not serve the needs of the entire population.

Recommendations

Council recommends the establishment of an Office of Public Trustee/ Guardian to ensure the protection of all vulnerable adults for personal and health care and estate management. While proceeding with the establishment of the Public Trustee/Guardian, Council recommends the Act include provisions to assess competency based on 'domain specific capacity'. (This paradigm recognizes that people may have the capacity in one domain, e.g. health care, but lack it in another e.g. finances. This model presumes that a person has or lacks capacity for all decisions in that particular domain and each domain is treated separately[1].) Currently in New Brunswick, individuals assessed for competency are found to be either fully 'competent' or 'incompetent', thus removing the ability to continue making decisions even in domains where they are still capable.

Council further recommends the following be considered in establishing the role and scope of the Public Trustee/Guardian, that:

- Existing mechanisms (legislated acts) addressing the protection of vulnerable adults in the areas of decision making for personal care, health care, and estate management, as well as the administration of trusts for children under 18 years of age be regrouped under new legislation under the authority of the Public Trustee/Guardian. Also to be included is the administration of the estates of people who have died in New Brunswick with no one else capable or willing to act as administrator;
- The possibility of establishing the office of Public Trustee/Guardian as a Special Operating (independent) Agency be examined as a means to address sustainability and accountability issues; and
- The possibility of extending the Public Trustee/Guardian responsibility to include administering the estates and personal care of vulnerable but competent individuals with modest estates through delegation in a Power of Attorney be examined.

Scope of responsibility of Public Trustee/Guardian

Council recommends that the Public Trustee/Guardian:

- Act as 'committee' for mentally incompetent persons;
- Consent or refuse consent to psychiatric treatment for mentally incompetent patients in psychiatric facilities and for medical treatment to mentally incompetent patients on medical wards;
- Act as substitute decision-maker for personal care, health care and/or property for vulnerable persons;
- Act as Official Administrator for the province;
- Act as Official Guardian for the province;
- Act as Litigation Guardian for infants and mentally incompetent persons who have no one else competent to act on their behalf;
- Act as Trustee for funds payable to infants;
- Review all applications for private committeeship; and
- Manage financial affairs under powers of attorney for vulnerable but competent adults who have modest estates that would not likely be attractive to private trust companies.

Council recommends the clear legislated delineation of the limits of the Public Trustee/Guardian's surrogate decision-making. This is especially sensitive for intellectually or emotionally disabled individuals who require a surrogate decision maker for refusing treatment or in the event of a life-threatening tragedy. Council firmly believes further consultation should be conducted prior to adopting a model and recommends applicable legislation be in place to ensure the most vulnerable in our society are protected.

7.5.2 Health System Advocates

Council sees the need for a Advocate system as a supporting mechanism of the Charter of Rights and Responsibilities within the health system.

Purpose

The Health System Advocates would facilitate citizen interface with the system. This is especially important when issues need to be addressed, when information that is not easily accessible is needed, or when a citizen feels he/she is not receiving appropriate information or treatment.

Current situation/issues

Currently, only a few Hospital Corporations provide a Patient Representative within hospital facilities. However, where provided, they have proved to be valuable for both the corporations and individuals. Individual requests for assistance have grown over the years. The proposed model is based on what is currently in place.

Council understands that the health system is very complex and individuals who need to use it are often at a loss in dealing with access issues, treatment options and getting their issues addressed. In a person-centred system there is a need to enhance the system's responsiveness, transparency and effectiveness in dealing with individual's issues.

Proposed Model for Health Advocates

Council proposes a two-pronged model to facilitate citizen access and communication within the health system. First a Regional Advocate position should be established in each of the Regional Health Authorities. And second, a Provincial Advocate position should be established to address broad province-wide policy and communication issues that are common to all regions and/or out of the scope of regional responsibility. The Provincial Advocate would also address issues in all services under the scope and mandate of the Department of Health and Wellness delivered provincially.

The Regional and Provincial Advocate would address questions/concerns and complaints within a clearly delineated scope, and are not deemed to replace existing professional associations guiding codes of practice or the legal and judicial system.

Scope

Council firmly believes the proposed system of advocacy should:

- Provide a venue for citizen representation when needed, within the entire health system (all services under the scope of Regional Health Authorities and services delivered centrally by the Department of Health and Wellness);
- Ensure citizens can access a Regional Advocate within the region where a service is located to help with questions/issues. This service needs to be broad enough to assist those attempting to access a service or have questions about the outcome of a treatment or intervention for themselves or a family member;
- Provide strong linkages between the Provincial Advocate and the Regional Advocate to promote collaboration in resolving common issues;
- Mandate both regional and provincial positions to support and facilitate equity of access for inter-regional and centralized health services;
- Inform and re-direct citizens to the appropriate person or service when an issue cannot be dealt with within their scope and mandate. The Advocate will be knowledgeable of the broad system and support citizens in accessing the appropriate mechanism or service;
- Work from the premise that most citizen issues can be satisfactorily resolved by ensuring good communication between the citizen and the system as well as timely responsiveness to citizen issues; and
- Emphasize that there is a need for and an opportunity to provide impartial advocacy between citizens and providers while promoting effective communication to reconcile differences.

Responsibilities of the Regional Advocate

The duties and functions of a Regional Advocate would include:

- Assisting patients, individuals and/or their families and others as appropriate, with their issues, questions and/or problems originating from the region where a service is accessed;
- Providing an independent and confidential forum where concerns are heard respected and documented;
- Reviewing and directing inquiries and issues to the appropriate source and act as facilitator to provide an interface between the service provider and others as appropriate;
- Providing a liaison between the individual/family or others as appropriate and the Regional Health Authority;
- Informing Regional Health Authority Boards of individual issues and complaints of a regional nature;

- Ensuring that individuals/family or others as appropriate are able to obtain information on their rights and responsibilities as set forth in the Charter of Rights and Responsibilities; and
- Providing on-going feedback to the patient/individual, family or others as appropriate to action and outcome.

Responsibilities of the Provincial Advocate

The duties and functions of the Provincial Advocate would include:

- Overseeing and surveying the Charter;
- Ensuring the Charter of Rights and Responsibilities is evaluated and monitored on an on-going basis for compliance and effectiveness;
- Investigating and addressing unsatisfactory results stemming from the evaluation and monitoring of the delivery of rights;
- Receiving, understanding and addressing Regional Advocates' concerns regarding issues with a provincial scope;
- Liaising with Regional Advocates to innovate solutions for issues that are common to all regions but need to be addressed on a provincial level;
- Providing consistent and regular opportunities through meetings or forums for Regional Representatives to work in collaboration and to share issues and best practices in performing their duties;
- Networking with other government departments/agencies and work collaboratively to address policy issues crossing various mandates; and
- Reporting activities, successes, news stories and events to the public to establish a positive open profile and a transparent approach to hearing and addressing citizen issues within the health system.

Reporting structure

The Regional Advocate would report to the Regional Health Authority CEO with regular reports going to the Regional Health Authority Board. The Provincial Advocate would report to the Deputy Minister of Health and Wellness. Consideration should be given to providing regular public reports on the role, business and progress of the Advocate. Strong linkages should be established between the Provincial Advocate and Regional Advocates facilitating cooperation and collaboration in addressing citizen issues.

7.5.3 Advanced Health Care Directives

Introduction and Definition

"An advance directive is a written statement that expresses a person's wishes in advance...An advance directive is only used if you are incompetent and unable to make your wishes known."[2]

Council understands that maintaining control over end of life decisions is a difficult topic for most individuals. Legislated provisions for the preparation of Advanced Health Care Directives flow from the right of individuals to make their own decisions. As a society we have become much more aware of the need to inform loved ones about what is acceptable and unacceptable in end of life decisions. Council considers that Advanced Health Care Directives make it much easier to broach the subject and inform loved ones of those wishes.

Advanced Health Care Directives will offer the individual the option to ensure control over these decisions. The intent of the recommendation is to provide choice.

Description of the Issues

The Charter states a person has the right to make Advanced Health Care Directives and have those directives respected.

Currently individuals can prepare a Living Will or a Power of Attorney stating their health care directives in advance. These are generally prepared by a lawyer who does not have the medical background to fully explain the medical care alternatives to their client. Consequently, these documents do not provide the same level of detail as an Advanced Health Care Directive would and are less effective in providing the necessary guidance to family members, and health professionals in executing the person's wishes. Currently Living Wills or Powers of Attorney may be overruled or ignored in the area of personal and health care.

There is no legislative authority or protection for physicians who respect the wishes of an incompetent or disabled adult's advance care directives. The threat of a liability suit is a great disincentive to respecting a person's wishes.

Further, a mechanism to store or access Advanced Health Care Directives in the health care system is lacking. These may exist somewhere but may not be brought to the attention of physicians in a timely manner. This can result in unwanted interventions being performed.

Council believes individuals should be able to decide and maintain control over end of life decisions. With the proper mechanism in place individuals who wish to maintain control over their personal health care will have the opportunity to do so.

Recommendations

Council recommends that:

- Legislation be drafted and implemented to allow for the provision for Advanced Health Care Directives;
- Existing models and tools available through, "Let Me Decide", Molloy, Dr. D. William, and "Let Me Pass Gently", Molloy, D.W., Russo, R.M. serve as the basis to implement a model for New Brunswick;

- A committee be established to oversee the development and implementation of legislation allowing for the use of Personal Health Care Directives;
- The legislation provides the necessary liability protection for health professionals to be able to execute and respect the individual's wishes;
- A public education campaign be launched to inform citizens about Advanced Health Care Directives with the opportunity for citizens to access more information and assistance in preparing directives;
- Government develop a network of trained individuals to assist individuals in preparing Advanced Health Care Directives;
- The health system provides for the storage of information in the citizen's health record cueing that the individual has prepared Advanced Health Care Directives. These directives should easily be accessible while respecting right to privacy, right to information legislation; and
- Training be provided to health professionals across the system to ensure proper understanding and application of the process.

Implementation Considerations

Council agreed it was not enough to state rights. The health system must provide mechanisms and means through which people can exert their rights. It is necessary to provide ways to support and implement the desired rights.

7.5.4 Addressing Barriers to Access

Many barriers to equitable access have been identified. Fundamental strategies to address such barriers include assisting those who must travel long distances or short distances frequently to seek needed services, providing wheelchair accessible facilities and bilingual service.

These barriers must be eliminated if the principles idealized in the Charter are to be upheld. However, wide collaboration among all stakeholders is required to achieve effective solutions. For example, Regional Health Authorities will need to work in concert with community resources to identify and address the barriers that stand between individuals and needed services. Many community groups will need to continue to work toward the education of the population.

Facilities accessible to all

All new service locations must be accessible to those living with a physical challenge. Buildings must be equipped with ramps and elevators and accessible washroom facilities.

Provision of services in both official languages

It is a fundamental principle of the health system that an individual be able to access services in the official language of choice within their region, the province and out-of-province.

Travel assistance

Difficulties and costs associated with travel are barriers to equitable access to health services. Many New Brunswickers must travel considerable distances out of their region to access tertiary services. The costs of travel, food and lodging for the family members who accompany a patient are a significant burden to those families. Some New Brunswickers must travel significant distances to access secondary care within their region.

Council believes citizens have a right to equitable access to health services and as such recommends that the issue of travel costs should not be a barrier to access. This is not to say that all travel will be compensated, but that guidelines must be established to achieve balance and fairness for all citizens. The following merit further exploration:

- Use of tax credits.
- Direct compensation for cost of travel for all within a limited set of criteria based on distance, circumstance or frequency of travel.
- Direct compensation for cost of travel for those who would suffer hardship due to frequent and/or out of region traveling to service. It is important not to subject individuals to means testing in order to access assistance.
- Involve the Regional Health Authority of a particular tertiary program in developing subsidized options for accommodations and meals to assist those having to remain on site to support a loved one through a health crisis.
- Involve a number of stakeholders in establishing community-based/ provincial assistance to citizens for travel. A good example of this is the "Dial-a-Ride" (www.gov.ns.ca/snsmr/dialaride) program established in Nova Scotia.
- Revise income assistance policies to ensure those in need receive assistance to travel to health services. However, with this option, a separate mechanism would also need to be in place to assist low-income working families.

Council concluded that a number of options should be implemented to ensure the goal of equity of access is achieved. There is not one easy solution. The intent is not to replace or eliminate any of the community-based supports that exist but rather to build upon these in each region.

1 Molloy, D.W., Russo, R.M., Let Me Pass Gently NEWGRANGE Press, 2000

2 Molloy, D.W., Russo, R.M., Let Me Pass Gently NEWGRANGE Press, 2000

7.6 The Charter

Access to Health Services

You have the right:	You have the responsibility:	Your health system has the responsibility:
1. To receive publicly funded health services on the basis of your need, not your ability to pay, your lifestyle or any other factor. 2. To access primary care services in your local area. Secondary health services will be provided in hospitals, while tertiary services will be provided in more specialized settings within or outside the province when situations warrant. 3. To receive health services from your family physician or collaborative practice team. 4. To equitable access to health services. 5. To obtain a second opinion. 6. To receive continuity of care. 7. To receive health services in a manner that recognizes, responds and respects your individual needs and preferences, including those based on ethnic, spiritual/ religious, linguistic, familial and cultural factors. 8. To receive services in the official language of your choice. 9. To access services in a facility that is wheelchair accessible and free of barriers.	1. To learn how to access health services. 2. To use services appropriately and wisely. 3. To live a healthy lifestyle.	1. To respond to your needs in a timely manner based on established standards. 2. To answer your questions and provide information about treatment and services available to you. 3. To provide a seamless continuum of care. 4. To deliver services and care in an effective and efficient manner without compromising the quality of that care. 5. To spend allocated public funds prudently and wisely. 6. To provide clear policy outlining how health professionals are to report concerns about risks for patients. 7. To provide a safe environment for workers. 8. To promote an atmosphere where personnel are treated with due respect and consideration in the execution of their duties. 9. To ensure facilities are wheelchair accessible and barrier free.

Making your own decisions

You have the right:	You have the responsibility:	Your health system has the responsibility:
1. To be informed. 2. To refuse treatment. 3. To exercise your choice of treatment. 4. To have advanced health care directives concerning treatment or to designate a surrogate decision-maker. 5. To agree or refuse participation in any teaching or research program. Your decision will not affect the quality and level of care you receive. 6. To the protection of a Public Trustee in the event that you have been declared mentally incompetent and have not assigned someone to make decisions for you. 7. To information on qualifications and the level of experience of the health professionals from whom you receive services.	1. To participate in your personal health care decisions and ask questions when you need more information. 2. To ensure you maintain control over your personal care decisions by having "Advanced Health Care Directives" in place that state your wishes. 3. To chose someone you trust as your advocate or trustee of your personal care decisions.	1. To thoroughly inform you about what any treatment will entail, what will happen when a diagnostic procedure is prescribed, and the potential implications of a procedure, treatment or medication. 2. To respect your health care decisions and to provide you with thorough and complete, but impartial and unbiased information about the implications of any decisions. 3. To keep on file, in confidence, any legal document you provide expressing your wishes should you become unable to communicate. 4. To work with your selected trustee or advocate, to ensure your decisions are fully understood and executed. 5. To respect and assist you in incorporating your personal care wishes in your health record. 6. To ensure the protection of mentally or emotionally challenged individuals is included in legislation allowing surrogate decision making mechanisms.

Good communication and information

You have the right:	You have the responsibility:	Your health system has the responsibility:
1. To have the appropriate professional clearly explain the proposed treatment, including any risks involved in that treatment, any possible side effects and any alternatives.	1. To exercise your option to ask questions if you need more information.	1. To answer your questions about your care, options and alternative approaches to your treatment.
2. To be informed about new advances which are relevant to your condition or your health.	2. To ensure you understand your treatment plan and seek clarification when necessary.	2. To provide you with the opportunity to participate in all decisions about your treatment and discharge.
3. To have access to your health records at no cost.	3. To follow specific instructions in preparation for admission to the hospital or for a diagnostic procedure	3. To ensure your informed consent is given prior to providing you with any treatment or procedure and prior to releasing information on your health situation.
4. To privacy and confidentiality of all information and records regarding your care.	4. To request information and ask for options available to assist/support you in making lifestyle changes to improve or maintain your health status.	4. To make every reasonable effort to ensure you receive the information you need in a manner you can understand.
5. To be informed of how your information will be used, who has access to/or seen your records, and what has been discussed regarding your condition/ situation.	5. To participate in your care to the extent you are comfortable. Offer information that will help you and health professionals decide options mutually agreeable to both of you to ensure positive health outcomes.	5. To provide you with and assist you in examining your health records upon your request and at no cost.
6. To receive information on health services. This includes information on the standards of service you can expect, and points of access.	6. To make your language and communication needs known to the health professionals.	6. To ensure information on health services can be easily accessed at various and numerous points in the system.
7. To be provided with clear directives outlining continuing treatment you are expected to follow either upon discharge from a facility or point of service or as part of your community-based care plan.		7. To ensure your discharge plan is discussed with you prior to leaving the treating facility. Should your care continue in the community, health professionals will ensure the continuum of care is in place prior to your discharge.
8. To be informed of policies which relate to your care, treatment and responsibilities.		8. To provide you with support and services to assist you in maintaining/developing healthy lifestyles.
9. To receive complete information about choices that promote good health and measures to prevent illness and accident.		9. To include you in the process of developing your care plan and provide you with options that will work for you and mutually agreed upon to reach positive outcomes.
10. To be involved in the planning, evaluation and review of your care.		10. To maintain a code of confidentiality for persons under their care as well as any information they might become privy to on other people accessing health services
11. To communicate in the official language of your choice.		11. To determine language and communication needs of health regions and work pro-actively with the community to develop the capacity to meet the needs.
		12. To ensure all health facilities are equipped with a cart containing communication assistance devices to better assist those with special communication needs.
		13. To access interpreters to assist communication.

Personal Consideration and Respect

You have the right:	You have the responsibility:	Your health system has the responsibility:
1. To be cared for in an environment which is clean and safe. 2. To have reasonable measures taken to ensure your personal safety and protection. 3. To be treated with dignity and respect. 4. To be comfortable and free of distress. 5. To have reasonable measures taken to respect your privacy.	1. To collaborate with personnel in their duty of assessing and improving your health. 2. To be courteous and understanding of other individuals accessing services, personnel, students in training and volunteers. 3. To be respectful of your surroundings and the property of others. 4. To make your privacy needs known.	1. To ensure personnel are tactful, reassuring, patient, understanding and sympathetic towards you, your relatives and friends. 2. To ensure you are treated with respect, empathy and professionalism. 3. To ensure your condition is never discussed with any unauthorized person.

Addressing your questions/issues/complaints

You have the right:	You have the responsibility:	Your health system has the responsibility:
1. To raise your issues without fear of reprisals. 2. To be informed of the procedure and appropriate channels to have your issues addressed.	1. To raise your issues following the process outlined by your Regional Health Authority to the Regional Advocate. 2. To direct any unsatisfactory resolution of your concern to the Provincial Advocate when the need warrants.	1. Provide you with mechanisms to hear your questions/issues/ complaints. 2. To inform you of the mechanisms in place to address your questions/ issues/complaints. 3. Investigate complaints within the timeframe set out in the process. 4. To inform you of the outcome of an investigation and take appropriate action.

Glossary of Terms

The following terms are defined and applicable in the context of the Charter of Rights and Responsibilities.

1. "Advanced Health Care Directives" means a written statement that expresses a person's wishes in advance. It can only be used if a person is declared incompetent and unable to make his/her wishes known.
2. "Care Plan" means a plan developed between the health professional and the individual or guardian/parent that outlines strategies to attain health goals.
3. "Charter of rights and responsibilities" means the statement of rights and responsibilities for New Brunswickers.
4. "Provincial/Regional Advocate" means the regional and the provincial advocate within the health system that deals with citizen question/issues and complains vis-à-vis the health system.
5. "Dignity and respect" means a code of behavior between individuals and health professionalss. The code of behavior is one of understanding, courtesy, and civility.
6. "Discharge plan" means a plan elaborated between the health professional(s) and the individual or parent/guardian outlining what is expected of the "patient" upon discharge from a health facility or program. It outlines the strategies for recovery from an injury or illness.
7. "Equitable access" means that access to health services is equalized for all the constituents. By such, it also means considering the barriers to access by virtue of distance, communication barriers, physically accessible locations etc. and for the system to provide equilibrium in addressing those barriers.
8. "Health services" means all health services managed under Regional Health Authorities and health services managed centrally, including insured and non-insured services, and services contracted by the province or Regional Health Authorities to a third party.
9. "Healthy lifestyle" means adopting routine or daily practices, such as exercise, and nutritious diet, as a lifestyle choice to enhance and maintain good health.
10. "Informed consent" means having information and understanding the implications of a proposed course of action suggested to you by a health professional prior to giving your consent to accept what is proposed.
11. "Primary care" means the provision of basic individual and community-focused health care that is seamless, integrated, coordinated, accessible and sustainable. It supports individuals and families making the best decisions for their health.
12. "Public Trustee/Guardian" is an individual tasked with the responsibility to assist and protect individuals who are no longer able to make their own decisions regarding the management of their estates and their personal and health care, and have no one else to assume that responsibility.
13. "Responsibilities" means the actions that fall within the control and purview of individuals in order to achieve or maintain good health.
14. "Rights" means the number of statements outlined in the Charter that define what one can expect in terms of health services.
15. "Seamless continuum of care" means the array of services that come together to provide timely, accurate and coordinated care.
16. "Secondary Care" means specialized care requiring sophisticated and complex diagnostic procedures and treatment processes normally found in the hospital setting.
17. "Tertiary care" means care that requires highly specialized skills, special technology and specialized support services.
18. "Treatment" means a prescribed or suggested course of action provided to an individual by a health professional to address solutions, alleviate symptoms, or treat an illness or injury for which relief is sought.

8. Program Issues and Health Services Review Recommendations

8.1 Introduction

This section of the report focuses on Council's advice on the Health Services Review Report and its recommendations. Also included are recommendations not found in the Health Services Review Report and program areas not addressed in the Proposed Health System chapter of this report.

If Council's vision for the renewal of the health system is to be a reality in New Brunswick, a new method of providing health services will be required. The Health Services Review Report provided extensive recommendations which Council addressed in an attempt to provide government with a blueprint for renewal.

The Health Services Review provided Council with context and direction but discussion was not limited to the report and its recommendations, nor was it considered binding. The review did provide Council with direction for its first three mandates as well.

Recommendations one through 39 (with the exception of eight, nine, and sixteen) deal with role changes in the Department of Health and Wellness and Regional Health Authorities.

Health Services Review Recommendations

1. That the Department of Health and Community Services limit its role to setting goals and objectives and monitoring progress towards their achievement, except in program areas where greater efficiencies can be achieved if managed centrally (e.g., Medicare and the Prescription Drug Program).

2. That the Department of Health and Community Services be responsible and accountable for:

   - Establishing overall direction through legislation, policy, regulations, standards and the level of funding within which the health care system must operate;
   - *Ensuring* the development and maintenance of a comprehensive information system to link all elements of the system together;
   - *Planning* services and programs that make up the health care system; (i.e., the Master Plan);
   - *Planning* and co-ordinating the Prescription Drug Program (PDP); Medicare; and services where greater efficiencies can be achieved if managed centrally.

3. That the Department of Health and Community Services take deliberate steps to refocus their activities to accommodate the new model.

4. That the Minister of Health and Community Services establish Regional Health Authorities in each of the existing health regions.

5. That the Minister of Health and Community Services ensure the establishment of Boards for the Regional Health Authorities.

6. That the Minister of Health and Community Services ensure adequate representation from the Local Advisory Committees on the Boards.

7. That the Boards be responsible and accountable for:

   - ***Promoting*** and protecting the health of the population in the region and working toward the prevention of disease and injury;
   - ***Assessing*** the health needs of the people living in the region;
   - ***Determining*** priorities for the provision of health services in the region and allocating resources accordingly;
   - ***Planning*** and co-ordinating the delivery of accessible required health services including primary care, secondary care, and tertiary care where designated in the Master Plan, community care, short term care, rehabilitative care, long term care, as well as ambulance, public health and mental health services;
   - Ensuring reasonable access for people in the region to tertiary or other health services not provided in the region;
   - ***Monitoring*** and evaluating the effectiveness and efficiency of health services in the region;
   - Establishing formal linkages between and amongst health service providers within the region and between regions providing needed tertiary care services;
   - Managing the allocation of public funds for the delivery of all services for which they are responsible.

8. That the Boards ensure the establishment of Local Advisory Committees for each of the communities in their region.

9. That Local Advisory Committees be mandated to provide information and advice to the Regional Health Authority Board on matters of concern with respect to the health care services in their communities.

Council has not included any direction on recommendations eight and nine, trusting each Regional Health Authority to find its own methods of involving its communities.

Health Services Review Recommendations

10. That the roles and responsibilities of the Boards and the Committees be clearly and fully delineated and communicated to the appropriate bodies.

11. That the Minister of Health and Community Services take specific measures to ensure that there are no disincentives for the use of community care delivery options or conversely that there are no incentives for the use of institutional care delivery options.

12. That the Department of Health and Community Services develop, in collaboration with key players from the field, a set of system-sensitive goals, objectives and performance indicators.

13. That the Department of Health and Community Services communicate these goals, objectives and performance indicators to the Boards for the Regional Health Authorities.

14. That Boards be mandated to collect the appropriate information to facilitate the measurement of their performance.

15. That Boards be accountable to the Minister for their performance against the established goals and objectives.

16. That the Minister of Health and Community Services review the existing Advisory Committees with a view to ascertaining their relevance and effectiveness.

The content of recommendation 16 was addressed by the Government ABC Review Committee. No changes were recommended.

Health Services Review Recommendations

17. That the Minister of Health and Community Services establish a New Brunswick Health Research Council.

18. That membership on the Council include representatives from the Advisory Committees, the Regional Health Authority Boards, the university community and others as appropriate.

19. That the Council initially have as its mandate to provide the Minister with relevant information on trends and issues confronting the health care system, as a framework for goal-setting.

20. That the Council take on as a second step the mandate of assessing the health care system on an ongoing basis and making recommendations to the Minister for evidence-based change.

21. More specifically, that the Council assume responsibility and accountability for:

- Measuring the health status of the population;
- *Measuring* the performance of the health care system;
- *Publishing* performance ratings of the Regional Health Authorities.

22. That the Council facilitate continuous quality improvement by acting as a clearing-house for relevant research evidence, and supporting the work of local champions.

23. That consideration be given to establishing linkages between the New Brunswick Health Research Council and a proposed Atlantic Health Council.

24. That linkages be established where appropriate with other government bodies with responsibility for the determinants of health: e.g., the Cabinet Committee on Social Policy Renewal.

25. That the Province adopt a "wellness" model of health care through the establishment of a broad array of delivery organizations such as Community Care Centers where prevention and public education will form a major component of their mandate.

26. That Government harness all areas of policy in support of good health in a coordinated way through a Deputy Ministers Committee that will be mandated to continuously monitor the impact that new and continuing policies have on the determinants of health.

27. That Government give a higher profile to public education and health promotion, by increasing the resources applied to these areas.

28. That Government encourage good health through measuring health outputs rather than inputs.

29. That a variety of Community Care Centers be developed in New Brunswick. The structure of the local primary health care service should not be restricted, but should follow local needs.

30. That the Department of Health and Community Services encourage effective management of chronic diseases in a Community Care Center format where clinics, public education and clinical practice guidelines will be employed.

31. That the Department of Health and Community Services, and community-based health services utilize the knowledge and enthusiasm of those in individual support groups for chronic illnesses to assist the self-management of chronic diseases.

32. That the Department of Health and Community Services develop a plan to transfer the responsibility for primary health care out of hospitals to the communities.

33. That the Department of Health and Community Services ensure that the Extra-Mural Hospital be a vital component of Community Care Centers.

34. That the Department of Health and Community Services take steps to ensure that hospital care is specifically targeted to the delivery of specialized and highly specialized diagnostic procedures and treatment.

35. That the Department of Health and Community Services take active measures to support the use of technologies and innovative drug therapies that enable people to remain in their communities or to return to them as quickly as possible.

36. That the Department of Health and Community Services reinvest savings generated from the redefinition of roles towards the development of Community Care Centers.

37. That the Department of Health and Community Services revise its Master Plan to reflect the change in paradigm.

38. That the development of tertiary care service be permitted only where the principles of evidence-based decision-making, critical mass, and linguistic service are met.

39. That the Department of Health and Community Services educate the public on the use of Community Care Centers where appropriate.

Beginning at recommendation 40, concerns relate to services currently offered and their perceived problems. Recommendations are made that could be adopted to improve access to client/patients, improve efficiency, and/or to make better use of existing resources by having care provided at a less expensive location.

8.2 Short Term Care

Health Services Review Recommendations

40. That Regional Health Authorities strengthen discharge planning, and inter-regional discharge planning so that appropriate service is available for patients requiring short term care on leaving an acute care facility.

41. That the Department of Health and Community Services establish a protocol for a short term care support system.

Short Term Home Care complements the delivery of acute care in the home through the Extra Mural Program. The Extra-Mural service allows earlier discharge from hospital and for some persons, the provision of some hotel services like housekeeping or meal preparation are required in addition to the health service.

Council continued to have concerns about the availability of support services simply because long term care demands absorb so much available capacity. Council agrees that Regional Health Authorities must strengthen the home care service. Where inter-regional discharges occur, communication back to the home community should be addressed.

Home services should be extended to assist individuals who as a result of a temporary health crisis need non-medical assistance in the home but currently do not qualify for assistance because the incident will last less than 3 months.

8.3 Long Term Care

Health Services Review Recommendations

42. That the Department of Health and Community Services simplify and streamline the Single Entry Point (SEP) assessment process, while ensuring that the appropriate health care workers are consulted. The process should be fair, be seen to be fair, and be consistent across the Province.

43. That the Department of Health and Community Services build in a re-evaluation or reassessment process as part of SEP since the condition of elderly patients and those with chronic conditions are expected to deteriorate through time.

44. That the Department of Health and Community Services actually measure the work required to care adequately for patients in Nursing Homes, Special Care Homes and Community Residences, and pay for the level of service required.

45. That the Department of Health and Community Services review the amount allowed for the comfort and clothing allowance so that the amount meets the basic needs of the residents.

46. That the Department of Health and Community Services examine the appropriate funding level for "grandfathered" residents of Special Care Homes and pay what is required for adequate care.

47. That the Department of Health and Community Services pay an adequate wage for homemakers, one that, at the very least, permits them to achieve an annual income above the poverty line in the Province.

Much has happened with Long Term Care since the Health Services Review.

Action has also been taken by the Department of Family and Community Services with respect to the Single Entry Point Assessment Tools. A shorter, simpler tool has been under trial in the Moncton area and is expected to become universal across the province this fiscal year.

No changes have been made to the amount of comfort and clothing allowance for persons in Special Care Homes (the rate is $110.00 per month) or nursing homes (the rate is $ 88.00 per month). Council understands the issues surrounding resident preference versus what is supplied by the homes and agrees residents who want a different option should pay. At the same time, allowances based on placement location fail to recognize the varied types of residents (which can include seniors, the disabled but mentally competent, the mentally ill) and their varying need to have cash for family visits, for participation in activities the homes offer or for outings when opportunity permits. At $88 a month, there is too often nothing left for basic clothing, let alone those types of comforts. Council recommends continued review and increased support to meet resident needs appropriately, while recognizing the need for health care to be affordable.

Action on Recommendation 46 saw a rate of $ 36.00 per day became effective April 1, 1999. Further action is included in the findings of the Long Term Care Review conducted by the Department of Health and Community Services.

A dollar-per-hour increase of the rate paid to home care agencies was granted in 1999, raising the rate from $9.50 to $10.50 an hour. Of this increase, at least 85 cents was expected to be passed on to the home care workers.

The transfer of responsibility for the Long Term Care Program from Health and Wellness to Family and Community Services signalled recognition that some citizens require both health and social services. The Department of Family and Community Services was directed to look at new policies which recognize the distinction between the needs of persons with disabilities, the needs of seniors and the needs of the mentally ill. Council sees this as a positive step. Further, Council recognises that Home Care and Nursing Care are very much a part of the continuum of health services. To reflect the shared responsibility, Council recommends that policy development, funding and certain central functions remain with the Department of Family and Community Services, but that delivery of services become part of the on-going responsibility of the Regional Health Authorities. In this way each person can move quickly and easily from institutional treatment to at-home or nursing-home care where care can be readily accommodated. In order to ensure timely, seamless care through efficient assessment and transfer, long term care resources at the local level must be managed by the same health care team that manages other primary health care services.

Council recommends that because Long Term Care, Home Care and the care component of Nursing Home Services are a critical part of the health system, they should become insured services.

This recommendation will be reinforced by the findings of the nursing homes staffing needs study conducted by management and labour to address capacity and level of care difficulties. Council further recommends an immediate 30 minutes increase of patient care time from 2.5 hrs to 3 hrs per day. Additional increases should be made based on the findings of the study.

Further to the direction taken to date by the Department of Family and Community Services, Council puts forth additional suggestions that should be considered while integrating long term care services within the new health system.

Council recommends that:

- Regional managers have the flexibility to approve funding of services over the $2040 ceiling to assist individuals in need through a crisis period, preventing possible premature movement to a nursing home; and

- All residential facilities be mandated to provide not only high quality care but also opportunities for residents to access programming activities conducive to their social, spiritual, physical and emotional well-being.

For nursing homes, Council recommends that:

- The current funding formula in relation to the nursing staffing standards of hours of care be reviewed so that the requirement under the Nursing Home Act stating that a registered nurse be on site 24 hours per day can be met without unrealistic and impractical disruptions to work schedules;
- A plan to recruit nurses and expand their roles in nursing homes be developed and feature the following:
  - Emphasis on the challenges and opportunities for registered nurses in gerontology and long term care nursing, particularly in nursing homes.
  - A co-op program between the nursing home sector and the universities to increase student clinical experiences in nursing homes.
  - A formal summer employment program be established for first and second-year nursing students.
  - Financial support and flexibility in work schedules for nurses working in nursing homes to obtain additional education required to take on expanded roles.
  - Strategic hiring of nurse practitioners;
- The Department of Health and Wellness, in cooperation with regional health authorities and nursing homes, develop a physician coverage strategy to ensure appropriate on-site medical care for nursing homes; and
- The provincial government clarify the mandate of the nursing homes, recognizing them as the primary provider for individuals requiring nursing care at levels 3 and 4. Consequently, nursing homes must be funded at levels required to provide the physical environment and necessary staffing to adequately deliver this highly complex care.

In making the above recommendation, Council appreciates the need for flexibility. Some individuals residing in special care homes whose health conditions deteriorate after placement may prefer to stay in these surroundings due to the relationship with other residents and the operator. Reasonable measures should be undertaken to accommodate the wish of the resident.

Council recommends that:

- The financial portion of the assessment process be initiated from the onset of the care assessment and include an early notice to families regarding necessary documentation. The Department of Family and Community Services should also identify other measures that could be introduced to alleviate the financial burden placed on nursing homes in situations where the financial evaluation is still in progress after the individual has been approved for placement; and
- Inspection visits for the licensing of a nursing home be coordinated in advance with the nursing home and the licensing evaluation consider accreditation requirements successfully achieved by the nursing home.

8.4 Ambulance Services

Health Services Review Recommendations

48. That the Department of Health and Community Services establish performance indicators for ambulance service providers in order to ensure adequate and consistent levels of service to all residents of the Province.
49. That the Department of Health and Community Services increase the standards for ambulance services so that an Emergency Medical Technician 2 (EMT2) be present on all emergency calls.
50. That charges for ambulance services be related to the income of the recipient of the service through an income-tested co-pay methodology.

This service is a crucial part of a new system and has been discussed in some detail in the chapter on the Proposed Health System.

8.5 Pharmaceuticals

Health Services Review Recommendations

51. That the Health Card Policy be reviewed in order that access to a health card does not act as a disincentive to gainful employment.
52. That the low-income cut-off be used as a benchmark for the working poor to have access to a health card.
53. That the Prescription Drug Program Policy be reviewed so that those with limited income faced with a chronic illness resulting in high pharmaceutical costs be given access to client-specific coverage, which includes all supplies required to manage their illness.
54. That the Department of Health and Community Services give consideration to the future development of the role of the pharmacist.

55. That hospitals focus on seamless pharmaceutical care through the provision of discharge counseling to patients/clients and discharge information to health care providers outside the hospital, including community pharmacists.

56. That the Department of Health and Community Services in collaboration with the College of Physicians and Surgeons and the New Brunswick Pharmacists Association establish a means of dealing with polypharmacy issues.

Access to specific pharmaceuticals which at that time were not listed in the Provincial Formulary for treatment of Multiple Sclerosis was a primary issue discussed. This was addressed. Since, New Brunswick has been a lead player in trying to create a common pharmaceutical approval process for all Canadians or at least among the Atlantic Provinces. Council sees this as a positive and constructive move and encourages the government to continue.

Health Card access is again under review by the Department of Family and Community Services, as they examine disincentives to work. Council encourages government to further explore the needs of all the working poor not only those still on assistance in order to expand current coverage, resources permitting.

When establishing the electronic health record, priority should be placed on medications (i.e. one person – one medication profile) across all health care delivery sites. The success and benefits of such systems have been demonstrated in other provinces and countries.

Council recommends that the approval process for the addition of drugs to both the Regional Health Authority and Provincial Prescription Drug Program Formularies, be a collaborative process.

People remain in hospitals rather than moving to other care sites or home in order to continue to receive drugs that are not covered by various formularies. This unnecessary expense is a consequence of decisions being made within isolated programs and does not take into consideration patient needs and the impact on the total system. Similar issues exist due to the lack of approvals for newer antipsychotic drugs for the treatment of mental illnesses and for symptomatic treatment of Alzheimer's Disease and other dementias.

In addition to fully supporting the recommendations on pharmaceuticals, Council further recommends that:

- Mechanisms be instituted between the Prescription Drug Program and the Regional Health Authorities, to harmonize formularies in order to avoid gaps in drug coverage as the patient moves from one service site to another or home (e.g. from the hospital to the nursing home); and

- The Department of Health and Wellness identify groups of citizens who do not have pharmaceutical coverage at the present time (approximately 18 per cent of the population) and explore the feasibility of extending coverage, ensuring citizens have access to prescription drugs when required. Evidence supports the role of medications in maintaining or restoring health and in the reduction in the use of more expensive health services.

8.6 First Nation Services

Health Services Review Recommendations

57. That health care services actually available on each New Brunswick reserve be reviewed so that adequate and consistent health programs, provided by all levels of government, are available to all. Once the review is completed, all levels of government must address service needs where necessary and consider implementing new delivery systems through establishing service delivery through community-based care.

58. That the Federal/Provincial/First Nation relationship be improved to foster partnership in the delivery of and access to health programs with the New Brunswick Government taking a leadership role.

59. That the appropriate provincial health officials meet with the appropriate band staff and set up a process that permits First Nation people to retain their Medicare cards in spite of the transitory nature of their life styles. Using the current structures such as band offices to co-ordinate this administration has proved workable in the past.

Aboriginal people in New Brunswick have access to insured health care services. In most First Nation communities, services are also available but there is concern about maintenance because of the Federal government's decision to withdraw from direct delivery. Regional Health Authorities need to explore how they can assist or complement what is being delivered.

The Federal Government transfers health dollars specifically for every First Nations person but the services provided are not consistent across the Province. Responsibilities of the Federal Government, Provincial Government and First Nations communities are not clearly defined.

Council recommends that:

- The present Tripartite Committee, consisting of the Federal Government, Provincial Government and First Nations people should meet quarterly. The committee should assist in defining the roles of Federal, Provincial and First Nations in the provision of health care to First Nation People.

Positive changes have taken place in the provision of health services to First Nation people during the past few years, which include:

- Regarding the Extra-Mural Program as a service that brings expertise to clients;
- The establishment of First Nation Liaison Committees with most Regional Hospital Corporations, alleviating barriers and concerns;
- Cross-cultural awareness sessions in some Health Regions. Many health care providers are unaware of services located within the First Nation communities for aftercare or discharge planning purposes. Communication aimed at physicians, nurses and pharmacists is paying some dividends, however more can and should be done; and
- Sharing of expertise in the area of housekeeping and food services, home care and management services, between the Regional Hospital Corporations and First Nation Health Centres has enhanced accountability and strengthened service delivery within some First Nation Health Centres.

The provincial government provides a Medicare card to all residents of New Brunswick, including aboriginal people living in First Nation communities. Native persons in New Brunswick have dual citizenship and move back and forth across the American/ and Canadian boarder at will. The retention of a Medicare card requires continuity of residence in New Brunswick. Therefore, the card tends to be cancelled every time an aboriginal person leaves the province for an extended period of time. The process for the re-instatement of the card is cumbersome. A permanent address is required and sometimes aboriginal people do not have a fixed address.

Council recommends that:

- A mechanism be developed to address the issue of Medicare cards for all New Brunswickers who do not have a permanent address in New Brunswick; and
- The Department of Health and Community Services through the Tripartite Committee work with Band Councils to address the issue of Medicare Cards for those persons returning to First Nation communities from outside the province.

The First Nation Liaison committees have had positive outcomes for the health care of First Natives people. However the scope has been limited to hospital care and emergency services. Regional Health Authorities, with their broader scope of programs and services, would provide the opportunity to broaden the discussion to include all primary health care.

Council recommends that:

- First Nation Liaison committees be established between First Nation communities and Regional Health Authorities and meet regularly. These committees must have a higher forum (at the provincial level) to bring their common concerns and to address provincial related issues. In addition to the Medicare card, some of the more critical issues include health care statistics pertaining to aboriginal people, mental health services, prescription drug misuse, an increase in non-aboriginal people living in some First Nation communities and access to rehabilitative services such as physiotherapy and occupational therapy.

8.7 *Public Health Services*

Council acknowledges the important contribution of Public Health Services to the health of New Brunswickers. To strengthen these services, Council recommends that:

- Regional Health Authorities receive funding from the Department of Health and Wellness for community development and targeted programs which assist children, adults and seniors in widening lifestyles choices to include physically activity, healthy eating habits, proper use of medications, community involvement, reduction of cigarette and alcohol use, establishment of safe home environments for children and seniors, encouraging age-appropriate use of motorized vehicles, and using protective gear for sporting activities;
- Regional Health Authorities receive funding from the Department of Health and Wellness to provide comprehensive child health services including:
  - pre-natal and post natal-care
  - home assessment of all new-born within three (3) days of discharge from hospital
  - breastfeeding counselling and support
  - early childhood development and school readiness
  - school health
  - vision, hearing and speech screening services and dental health
  - parenting and life skills training
  - nutritional assessment and counselling
  - immunization, well-baby and pre-school clinics
  - cognitive assessment for pre-school children
  - adequate financial assistance to support the basic needs of children

- adequate financial assistance to support the participation of parent(s) in care plans; and

- Sexual health services provided by the Department's sexual health centres be available to all adults regardless of age and marital status. At the present time services are limited to adolescents and single adults aged 20-24.

A reliable supply of safe drinking water is vital to the health of all New Brunswickers. The recent water quality disaster in Walkerton, Ontario is a dramatic reminder that unsafe drinking water can lead to serious health risk and death. Approximately 40 per cent of New Brunswickers living in small towns and rural areas rely on domestic wells as their primary source of water. The minimum cost for well water testing during the summer of 2001 was $40, an amount not all New Brunswickers can afford. A domestic well water testing project carried out during the summer of 2001, sponsored by the Department of the Environment and Local Government revealed that a very small percentage of home owners availed themselves of the service, even those with the ability to pay.

Council recommends that:

- The Department of the Environment and Local Government and the Department of Health and Wellness develop program options for government consideration aimed at ensuring that all domestic wells are tested at least once a year. New Brunswickers with the ability to pay would do so.

8.8 Mental Health Services

Health Services Review Recommendations

60. That the Department of Health and Community Services and Local Advisory Committees pursue public awareness campaigns to increase the knowledge of the public about mental illness.

61. That the Department of Health and Community Services take steps to educate all front-line workers who interact with the mentally ill or their families on the nature of mental illness and associated needs.

62. That the Department of Health and Community Services ensure that the Physician Resource Plan include strategies to attract and retain the number of psychiatrists to meet the needs of the Province.

63. That Regional Health Authorities ensure that their Emergency Room staff have ready access to Mental Health services to deal with patients/clients presenting in a crisis.

64. That the Department of Health and Community Services ensure that rural communities have adequate access to Mental Health services.

65. That the Department of Health and Community Services consider the feasibility of extending Medicare coverage to include psychological counseling.

66. That the Department of Health and Community Services adjust the drug formularies to include the new generation of antipsychotic drugs.

67. That the Department of Health and Community Services initiate discussions with the Department of Human Resources Development NB to explore the feasibility of modifying the use of the Health Card.

68. That the Department of Health and Community Services reduce the caseload of mental health workers to allow for more active case management of at-risk clients.

69. That the Department of Health and Community Services explore the role of pharmacists in local communities as part of the case management team.

70. That the Department of Health and Community Services initiate discussions with the Department of Municipalities and Housing to review the availability and standard of housing for the mentally ill.

71. That the Department of Health and Community Services take steps to increase the availability of vocational programs and supportive employment opportunities.

72. That the Department of Health and Community Services undertake a review of the Single Entry Point (SEP) assessment tool and process to ensure its appropriateness for the mentally ill.

73. That the Department of Health and Community Services explore ways and means of expanding the current range of respite services.

74. That the Department of Health and Community Services ensure that consumers and stakeholders are consulted on a regular and scheduled basis.

75. That the Department of Health and Community Services investigate the apparent disconnect between its view on the status of Mental Health Services and that of the people in the field.

Mental health services play a crucial role in the overall health and well-being of the population. In many aspects, those who work in the mental health field are faced with larger problems than the presenting problem, so their solutions must be holistic. This requires a service delivery approach which considers the broad environment that surrounds the individual.

Once accessed, New Brunswickers say services are of good quality and supportive. However, the challenge for many is getting access in a timely manner. Due to limited resources, the focus lies with the most acute health problems, leaving little emphasis on early intervention, or prevention. In addition, there is great disparity among locales regarding the range and quantity of services available. The current Mental Health Program is deemed to be the only publicly funded mechanism from which New Brunswickers can access needed support and services to prevent, treat and manage emotional problems or mental illness.

Based on discussions with providers and stakeholders Council recommends that:

8.8.1 Access

The prevention/promotion/education focus be enhanced, as well as diagnosis. Work practices be based on a clear and consistent direction. Work load measurements and time allocated to the intervention plan should fall within established provincial standards, case planning and management approaches should also be monitored utilising best practices to ensure highest and best use of those resources. Expanded roles for clinicians should be explored, as well as more community support options for clients needing assistance between visits and a consistent and holistic approach to intervention be developed.

Council recognizes that some of these areas are already under examination and that some standards are already in place. However, in light of the proposed broader integration of health services and a new service delivery model, a comprehensive analysis of the provision of mental health services should be conducted. Council recommends that implementation of the new service delivery approach provides opportunities to streamline and refine the provision of these services. In particular the length of treatment, caseload size and access (waiting times) seem to vary across the province. These should be more consistent in all areas of the province. Council also recognizes that treatment of mental illness is complex and pre-established recipes for treatment cannot always be applied. However, some measures and approaches can be consistently applied to ensure the best outcomes.

8.8.2 Networks and Partnerships

Mental health experts should be involved in the development and refinement of 'healthy public policy' in all areas that are considered an extension of mental health services. For example when improving residential services and options, mental health experts should be included in the planning and determination of type and need for residential facilities to ensure adequate and quality options for mentally/emotionally disabled individuals. They should also be included when addressing policies that contribute to disincentives to participate in job/educational programs geared at increasing self-reliance and independence such as loss of a health card.

It is time to review the processes involved for making referrals and follow-up for mental health services by other government departments whose work impacts on utilization of mental health services. For example, the legal and correctional systems rely on these services to conduct assessments and/or to provide court mandated treatment. Council has heard that improvements could be gained by reviewing existing protocols for referral and follow-up.

8.8.3 Use of Technology

Serving rural and remote areas of the province is a challenge. Creative and innovative methods must be utilized to ensure needs are met consistently. Such methods are currently available through the use of tele-psychiatry and should be broadly applied to address the limited availability of expert resources.

8.8.4 Crisis Intervention

Health professionals must also be able to refer individuals in crisis in a timely fashion. There are several effective models in place throughout the province. However, some regions do not have crucial 24 hours a day, 7 days a week, access. Council strongly emphasizes the need to implement crisis intervention best practices consistently across the province to ensure all areas have consistent and effective access when needed.

8.8.5 Linkages between addictions and mental health

Currently mental health services and addiction services are delivered under separate mechanisms. Mental health falls under the responsibility of the Department of Health and Wellness while addiction services are housed within Regional Hospital Corporations. Council recommends the two services be brought together under the proposed Regional Health Authorities to facilitate supportive approaches when working with common clients.

Council further suggests:

- Expanded linkages between addiction services and mental health services to facilitate the cross-training of professionals and innovation in prevention and promotion strategies targeting individuals who would access both services;
- Continued expansion of the Youth Treatment Model for Addiction Services to ensure availability throughout the province and in all schools. There may be opportunities to expand the reach of all current prevention and promotion strategies targeted at youth by joint planning and maximizing the use of existing resources between Addiction Services strategies and those of Mental Health.

8.8.6 Recent Changes

Recent direction by government to create a separate policy framework for persons with disabilities accessing services through the Long Term Care program will have a positive impact for the chronically mentally ill. This change will allow for a better assessment tool that factors in the special needs and abilities of individuals with mental illness.

8.8.7 Involving Community-based Organizations

Regional Health Authorities must work closely with the volunteer service organizations for the mentally ill, as well as Mental Health staff. A wealth of effort and potential can be found within these community-based agencies that needs to be supported.

8.9 Rehabilitation Services

Health Services Review Recommendations

76. That the Department of Health and Community Services mandate audiologists to serve the nursing home population.

77. That the Department of Health and Community Services mandate audiologists to offer rehabilitative services as part of their ongoing practice.

78. That the Department of Health and Community Services take steps to enable audiologists to carry out more preventive and educational services.

79. That the Department of Health and Community Services mandate selected sites to offer specialized diagnostic services such as Central Auditory Processing Disorder (CAPD) on a provincial basis.

80. That the Department of Health and Community Services adjust the Rehabilitation Services Resource Plan to reflect these needs.

81. That the Rehabilitation Services Plan be adjusted to enable speech language pathologists to deliver more education and prevention services.

82. That the Department of Health and Community Services take steps to ensure that wherever possible speech language pathologists are able to practice within their area of specialty.

83. That the Department of Health and Community Services take action to ensure that an adequate supply of up-to-date equipment to support rehabilitative activities is available.

84. That the Department of Health and Community Services take steps to ensure that the Rehabilitation Services Plan identify the number of occupational therapists to reflect the need for their services.

85. That the Department of Health and Community Services take steps to ensure that the Rehabilitation Services Plan reflects the number of physiotherapists needed to provide adequate service coverage.

86. That the Department of Health and Community Services reassess the Rehabilitation Services Plan and take steps to implement any outstanding strategies.

87. That the Department of Health and Community Services take corrective action with respect to the provision of administrative support for rehabilitative services.

88. That the Department of Health and Community Services acknowledge the work of the Rehabilitation Advisory Committee and take appropriate actions to respond to their proposals.

The renewal of the health system calls for a much different approach to the delivery of service than exists today. Therefore, the delivery of rehabilitation services will need to be adjusted at the primary, secondary and tertiary levels in order to be fully integrated in a seamless system of care.

In its assessment, Council made the distinction between rehabilitation services required to restore function lost as a result of a disability or injury and support services required in order to maximize their daily living abilities or vocational training needs. Council focused on the former.

In an adjusted rehabilitation services system, Council recommends that:

- Hospital setting be resourced with appropriate and adequate rehabilitation professionals to provide any immediate interventions required on site; and
- One of two options be possible depending on the extent and complexity of restoration activities necessary for the individual to reach maximum potential:
  - When discharged, the individual can access the primary care system in the Community Health Centres which will ensure an appropriate rehabilitation plan is carried out. Ambulatory rehabilitation services now delivered in hospitals would become part of the primary care system. The Community Health Centres would meet the needs of the school population, nursing home population, special care home population and those discharged from secondary or tertiary facilities.
  - When the individual has complex and multiple requirements resulting from severe injury or disability, a provincial tertiary rehabilitation facility will meet his or her needs. Council recognizes the need for a modernized provincial tertiary rehabilitation facility and commends government for its indication that such a facility will receive priority attention. This facility must have specialized resources with the capacity to provide outreach services and support to the primary and secondary care settings.

Those delivering rehabilitation services recognize that early interventions lead to better outcomes. Currently, there are growing waiting lists at all levels of the system. In addition, there are significant unmet rehabilitation needs for a number of client groups such as seniors in nursing homes. Addressing these needs will ease the burden on other parts of the system. For example: meeting the rehabilitation needs of nursing home residents would reduce the number of care hours required for nursing home residents by preventing the deterioration of their daily living capabilities.

Rehabilitation services go beyond the services traditionally delivered by physiotherapists, occupational therapists, audiologists and speech language pathologists. All health professionals play a role in rehabilitation, including: respiratory therapists, dietitians, psychologists, social workers and nurses. Council acknowledges the Department of Health and Wellness' Rehabilitation Services Master Plan, released in 1994. The Health Services Review identified the need to update the plan.

Council recommends that:

- A comprehensive review of the Rehabilitation Services Master Plan be undertaken by Department of Health and Wellness, in light of adjustments required as a result of the renewed health system proposed by Council.
- As part of the Rehabilitation Master Plan review, possible linkages with the Workers' Compensation Centre in Grand Bay should be explored.

Council recognizes the current and projected shortages of rehabilitation personnel. Council recommends that:

- The Department of Health and Wellness initiate immediate steps to develop and implement a Recruitment and Retention Strategy.

Rehabilitation providers are not utilised in the most effective manner. The rehabilitation plans include a number of functions that could be performed by a Rehabilitation Assistant, freeing valuable time to address other unmet needs.

In this regard, Council recommends that:

- The creation of the Rehabilitation Assistant position. The training should consist of the basic RNA program with a rehabilitation module. Additional on the job practicums would occur. At the service site, the role of the Rehabilitation Assistant could be generic or specific to a rehabilitation specialty.

Council reiterates the Health Services Review Recommendations relating specifically to audiologists. In addition, Council sees a role for audiology services in the primary care system. This will require further assessment in a revisited Rehabilitation Services Master Plan.

Council identified the need to incorporate more clinical practice experience with paediatric patients be required in order to better prepare these providers to meet the needs of New Brunswickers.

Other recommendations emerged from Council's assessment of rehabilitation services, that:

- Clinical expertise in rehabilitation specialty areas be enhanced provincially and regionally to assist both managers and providers;
- Regional Health Authorities explore options with key stakeholders on how best to meet the needs of under-serviced groups (such as the deaf and hard-of-hearing);
- A provincially coordinated rehabilitation equipment program with a centrally-managed registry be established and integrated with the expansion of the existing equipment recycling program run by the Department of Family and Community Services;
- Rehabilitation professionals be given an education and prevention mandate at all levels, i.e. client-specific, groups of clients and the population at large; and
- Government pursue public policy initiatives targeted at reducing injury during recreational, workplace and domestic activities.

As with all services, on-going work will be required to develop appropriate service standards.

8.10 Physician Services

Health Services Review Recommendations

89. That the Department of Health and Community Services, in collaboration with other levels of government, PRAC, the NB Medical Society, Regional Health Authorities, Municipalities, Professional Groups and Business develop a coordinated comprehensive strategy for the recruitment and retention of physicians.

90. That the Department of Health and Community Services investigate the perception amongst medical school students that New Brunswick is "closed" to new physicians and take appropriate steps to change this situation.

91. That the Department of Health and Community Services expand specialty residency training to hospitals outside of Saint John, Fredericton and Moncton, as their infrastructure permits, in order to offer residencies in more rural settings.

92. That the Department of Health and Community Services look more closely into the various types of remuneration for doctors.

Since 1999, the Department of Health and Wellness has taken steps to increase the number of seats in medical schools. It also hired a provincial recruitment officer to work with New Brunswick medical students. Continued attention will be required.

Health providers are the most significant asset in our system today. Family physicians were involved in the dialogue on primary health care renewal and the challenges and opportunities this may represent for physicians. The feedback from these sessions has been shared with the Department of Health and Weilness. It is only with the full participation of these professionals that the changes proposed by Council will actually become reality.

The relationship between the province and its physicians is shadowed by the stresses and decisions of the last ten years. Shortages of physician resources have increased the burden. Open and frank dialogue between the two parties must be re-established in order to move forward. Implementation of primary care renewal must not be coercive. While many family physicians welcome the change, others do not. The system must find a way to work with both groups.

To rebuild this relationship, and to move ahead with primary care renewal Council recommends that:

- The Department of Health and Wellness establish a structured committee process involving the New Brunswick College of Family Physicians, the New Brunswick College of Physicians and Surgeons and the New Brunswick Medical Society to identify barriers and solutions in the implementation of primary care renewal; and
- The Province explore and implement alternative means of compensating physicians. The fee-for-service mechanism will continue to be an option chosen by some physicians. In this regard, the fee-schedule must be realigned to financially compensate a more holistic approach to family medicine.

There are many models of collaborative and group practice that exist across the province where physicians, nurses, and other health professional are working together to better meet the needs of New Brunswickers. In these models, the traditional roles of the various providers have been modified to varying degrees. However, these models did not include evaluation plans when initiated. Therefore, valid and reliable data is not available for evaluation and credible findings related to the outcomes of these models are unavailable. Council urges the Department of Health and Wellness to adopt a policy of including an evaluation plan in all new initiatives concerning primary care renewal.

8.11 Nursing Services

Health Services Review Recommendations

93. That the Department of Health and Community Services update and implement the Nursing Services and Resource Management plan to match increased patient needs with increased staffing levels
94. That the Department of Health and Community Services address the casualization of nurses in hospitals.

95. That the Department of Health and Community Services give consideration to the removal of administrative and legislative barriers which restrict the ability of the system from expanding the role and making more efficient use of nurses.

96. That, in keeping with the proposed vision for health care delivery, the Department of Health and Community Services considers the development and implementation of provincial projects employing Advanced Practice Nurses in contexts such as emergency departments and Community Care Centers.

97. That the Department of Health and Community Services explore the office based nursing model for doctor's offices in New Brunswick with consideration given to salaries or fee for service being paid.

Government is to be commended for establishing 300 full-time nursing positions in 1999 to address nurse casualization. Both Council and the Department of Health and Wellness have been looking at the barriers preventing nurses from practicing the full scope of the profession for which they were educated. Also being explored are the expansion of nursing roles and the legitimization of extended activities. This work will be further developed through the auspices of the Nursing Utilization Stakeholder Committee recently established by the Department of Health and Wellness. This Committee has been mandated to offer advice and strategies pertaining to the introduction of the Nurse Practitioner as well as addressing barriers to full scope of practice for both nurses and Registered Nursing Assistants.

Council supports the advent of the Nurse Practitioner into the system as a member of the delivery team and urges that Nurse Practitioner programs be available to nurses in both official languages. Financial support and leave for practicing nurses who wish to pursue full-time study to become Nurse Practitioners are necessary. The Department of Health and Wellness has identified preliminary service sites for possible introduction of this new nursing role. They include Emergency Rooms, Nursing Homes and Community Health Centres. Practice sites will likely evolve over time. Nurse Practitioners are not physician replacements; they will work in partnership with all other members of the service delivery team. Council strongly urges the Department of Health and Wellness to ensure the proper evaluation strategies are in place to accompany the introduction of the Nurse Practitioner into the system.

When looking at the broad scope of nursing, Council recognizes that a significant number of nurses currently practicing in the system have the skills, training, ability and desire to work within the full scope of practice. Yet, there exists legislative, administrative and protectionism barriers that prevent their full contribution to patient care. Addressing these barriers is as important as the introduction of the Nurse Practitioner because their removal has the potential of making the greatest impact on service delivery. The same arguments and rationale apply to expanding the scope of Registered Nursing Assistants.

The renewal of primary care will provide opportunities and requirements for experienced nurses to enhance their scope by adding to their skill set through additional preparation in specific areas (e.g. assessment, pharmacology, etc.). Opportunities and support for such preparation must be integrated in the system, such as flexibility in shift scheduling and tuition support.

Council assessed the issue of Registered Nursing Assistants being utilized in practice settings that have not traditionally been seen as a role for these providers. Larger community health centres may indeed have a series of tasks that can appropriately be carried out by the Registered Nursing Assistant. The expansion of the Registered Nursing Assistant role into a Rehabilitation Assistant has been put forward in the previous section on rehabilitation services. Council would suggest that a Registered Nursing Assistant role in home care might have positive impacts on service delivery. This would need to be further studied by the Department of Health and Wellness and the Regional Health Authorities, possibly through the means of two test projects, one conducted in an urban area and the other in a rural community.

Collaborative practice, physicians and nurses working together to maximize their contribution to patient care, is an important building block in a renewed primary care system. The Proposed Health System chapter further expands this element.

8.12 Other Health Service Providers

Health Services Review Recommendations

98. That the Department of Human Resource Development NB consider allowing the small additional sum required to make fittings for dentures and doing so in a timely fashion so that the clients can actually make use of the dentures.

99. That the Department of Health and Community Services continuously monitor the legislated responsibilities of those who provide technical support services so that adjustments can be made as additional training and hence areas of expertise are added to the qualifications of these practitioners.

Council has been advised that changes to the contract with denturists have corrected the problem of dentures fitting.

Council recommends that all health professionals and para-professionals should be able to function within the health system within the full scope of their training. While a number of health professions were examined, it was not feasible to conduct a comprehensive review of all health professional groups within the timeframe available to Council. Council urges the Department of Health and Wellness to continue the work in collaboration with health professional groups on this issue.

Council did have preliminary discussions with respect to two providers: home support workers and midwives.

Home support workers are a key in the provision of short-term and long-term home care and appropriate early discharge from the hospital setting. These providers currently feel undervalued in the system. Council is concerned with the lack of standardized training in the province and the lack of standards governing the work in various service sites.

Council recommends that:

- A task force be established to develop a provincial strategy for home support workers, made up of the Departments of Health and Wellness and Family and Community Services, the Regional Health Authorities and the various service agencies;
- Perspectives of the home support workers and the clients they serve inform the development of the provincial strategy.

Midwives are not a recognized service provider in New Brunswick, though they are a regulated profession in some Provinces (e.g. Ontario, British Columbia). In these jurisdictions, midwives are an integral part of the primary care team providing pre/post-natal care as well as actually performing low-risk deliveries. In countries such as Great Britain, midwifery is a long-standing and respected practice.

Council supports the introduction of midwives in New Brunswick to assist physicians with low-risk pregnancies and deliveries. This is particularly relevant in view of the shortage of obstetricians, the average age of obstetricians, the decreasing number of family physicians who choose to deliver babies and the support women themselves have given to the concept.

Council recommends that:

- The Department of Health and Wellness undertake a feasibility study on the introduction of midwifery to New Brunswick.

8.13 Professional Education

Health Services Review Recommendations

100. That the Department of Health and Community Services look into the possibility of re-establishing the practice of purchasing seats in the Faculty of Medicine at Memorial University.

101. That the number of places purchased in the Faculty of Medicine at Dalhousie University be reduced if the University is not willing to consider changing its training program to better respond to the needs of New Brunswick.

102. That consideration be given by the university Faculties of Medicine to a proactive selection of medical students with rural origins.

103. That both the University of New Brunswick (UNB) and the Université de Moncton (U. de M.) continue their efforts to offer Advanced Practice Nursing training, especially to the level of Nurse Practitioner.

104. That both UNB and U. de M. look into the possibility of offering or co-ordinating specialty courses for New Brunswick nurses who want to access enhanced training programs without leaving the Province.

105. That the Department of Health and Community Services re-establish budgets for continuing education and retraining opportunities for health care professionals, with involvement and co-operation from the various health professional associations.

106. That continuing education programs needs be co-ordinated and aligned with the expectations and needs of the health care system as they relate to the future role of health care professionals.

107. That adequate RNA training be offered where there is a need, especially in Francophone areas of the Province.

108. That the Department of Health and Community Services consider subsidizing the cost of training for homemakers.

Council supports the on-going training of all health care professionals in order to maintain currency within the field of work or to advance capacity, both of which are critical to meeting the health care needs of New Brunswick.

With respect to medical education, Council notes government's initiatives in purchasing additional seats at Memorial University and Sherbrooke University. In view of the current shortage of physicians in the province, Council urges the government to increase its number of seats. The province must also ensure that New Brunswick medical students receive training that reflects the needs and realities of New Brunswick. Concerns were expressed in the Health Services Review (recommendation 101) with respect to the Faculty of Medicine at Dalhousie University. These concerns continue. Council urges government to take the necessary steps to ensure that New Brunswick is getting value for its investment. This may require the purchase of seats in other medical schools.

With respect to nursing education Council recommends that:

- Nurse Practitioner education be available through the Université de Moncton as quickly as possible.
- Resources be made available to both Université de Moncton and the University of New Brunswick to allow the initiation of full-time Nurse Practitioner Programs.

A key element to the on-going education of nurses and other health professional groups is mentorship at the work site. With the workloads experienced by most professionals due to the lack of staff, mentorship has become increasingly difficult. Moreover, orientation for new staff is shrinking. This results in gaps in transfer of knowledge. Council's vision of the health system is one where providers are valued and treated as assets. It is therefore important for the Regional Health Authorities to create a comprehensive orientation plan for recent graduates in all health disciplines.

Staff shortages are becoming increasingly critical in certain professions, such as physicians, nurses and pharmacists. Council acknowledges the initiatives undertaken in the development of recruitment and retention strategies for physicians and nurses.

Council recommends that:

- The Department of Health and Wellness establish recruitment and retention programs for other health professions in which shortages are of concern; and
- The Department of Health and Wellness take immediate steps to develop an education strategy to increase access for New Brunswick students in the health profession training programs where shortages are anticipated.

It is important to establish strong and effective communication links between employers, professional associations, academic institutions and the province, to facilitate the preparation, training and maintenance of health professionals.

Educational institutions must become partners in health renewal. Council believes the province should promote a more interdisciplinary model of education that would facilitate a team approach in the delivery of service.

8.14 Technology

Health Services Review Recommendations

109. That the Department of Health and Community Services consult with key stakeholders to determine information needs, standards and priorities.

110. That the Department of Health and Community Services, based on the information coming out of the consultations, co-ordinate the planning and implementation of a fully integrated information system.

111. That the Department of Health and Community Services establish in collaboration with appropriate stakeholders, including experts from the field, a decision-making provincial framework for the acquisition of innovative medical technologies.

112. That the Department of Health and Community Services establish a strategy for the maintenance or replacement of existing technologies.

113. That the Department of Health and Community Services revise its plan for the installation of Magnetic Resonance Imaging (MRIs) and agree to install a fixed MRI in both Saint John and Moncton. Mobile MRI units should be made available to service the needs of the other regions.

114. That the Department of Health and Community Services encourage the expansion of radiologic imaging and intervention in the health care system.

115. That the Department of Health and Community Services actively promote the implementation of digital imaging across the system.

116. That the Department of Health and Community Services actively promote telemedecine and teleradiology and that strategies to remove barriers to their use be developed and implemented.

A single electronic patient record should be available within the Province. The record must maintain confidentiality of patient information but be accessible to providers of care as needed. The patient record is the stimulus for creating an information system that will also provide management capabilities and the tools to evaluate the system and its parts, compare performances, provide feedback to stakeholders through the report card, and therefore ensure New Brunswickers can get necessary services anywhere in the province.

An integrated information system plan has the potential to facilitate partnerships with organizations that can provide the infrastructure and technological expertise. This new system will improve the existing telemedicine and telehealth services.

8.15 Funding

Health Services Review Recommendations

117. That the Department of Health and Community Services implement a multi-year planning and budgeting system. As part of this system any savings achieved by the Regional Health Authorities, if the agreed-upon service levels are achieved, should be retained by the Regional Health Authorities. Common cost accounting and consistent data collection are both required in order to continuously improve the management of the Regional Health Authorities.

118. That prior to introducing a multi-year budgeting and planning system, balanced budgets be re-established. Boards must exercise control, and concurrently be responsible for overall spending.

119. That concomitant with this re-organized system, a simplified reporting system be put in place. Benchmarks and management indicators must be agreed to so those service levels are defined, and accountability and financial control are respected. Such indicators are the foundation of any reporting system.

120. That there be flexibility in handling monies. If Regional Health Authorities achieve savings, they should be allowed to carry this amount forward, and movement between budget categories, and between operating and capital budgets should be permitted. The flow of resources from community-based services to hospitals should be prohibited and the transfer of resources from hospital to community-based services encouraged.

121. That funds be available centrally in order to support the introduction of innovative methods in the health care system.

Council recommendations with respect to funding, management of funds, the priority of community-based services versus institution based services, and the need for support to innovative ideas and research have been clearly stated in the Chapters on Accountability and Report Card and throughout this report.

Health Services Review Recommendations

122. That the political component of decision-making be acknowledged and compensating trade-offs made between regions affected by consolidation of services to achieve lower unit cost. The transfer of jobs from a given area should be offset by locating a different service in the affected area, while at all times using the lowest cost service provider

Appendix A - Council

Members and Staff

The Council members are:

Michel C. Leger (Chair)	Shédiac	Lawyer and Former Beauséjour Hospital Corporation Board Member
Donna Johnston	Red Bank	V.O.N.
Myrna Richards	Hampton	Lawyer and former chair of the New Brunswick Advisory Council on the Status of Women
Mary E. Jarratt	Fredericton	Family Physician, member of active medical staff at Dr. Everett Chalmers Hospital
Michelle Tolszczuk	Edmundston	Medical Director at Fraser Papers, a member of Region 4 Hospital Corporation medical personnel
Nancy Roberts	Moncton	Director of Regional Pharmacy Services, South East Health Care Corporation
Peter Jollymore	Saint John	Retired, formerly Acting Dean, Faculty of Business, UNBSJ
Heather Erb Campbell	Saint John	Executive Director, Heart and Stroke Foundation of New Brunswick
Warren Davidson	Moncton	Consultant in Geriatric Medicine, South East Health Care Corporation
Lynn Kelly de Groot	Dalhousie Junction	Physician Recruitment Officer
Norma McGraw	Tracadie-Sheila	Director of Extra-Mural Program, Northeast Health Network
Gilbert St.-Onge	Edmundston	Formerly CEO, Region 4 Hospital Corporation
Judith Wuest	Stanley	Professor, UNB Faculty of Nursing
Barbara Gagnon-Thériault	Fredericton	Acting manager, Canada/New Brunswick Business Services Center, mother of a special needs child (withdrew mid 2000)

The Staff:

Mavis Hurley	Deputy Minister
Étienne Thériault	Policy Advisor
Norma Dubé	Policy Advisor
Jean Finn	Policy Advisor
Lise Bellefleur	Policy Advisor
Nancy Campbell	Administrative Support

RENOUVELLEMENT
du système de santé

Rapport du

Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé

New Nouveau
Brunswick
CANADA

Janvier 2002

Table des matières

Sommaire 7

1.0 Introduction 11

1.1 Le Conseil 11

1.2 Le contexte 12

1.3 Évolution du mandat 13

1.4 Le rapport 14

2.0 Une vision de la santé pour le Nouveau-Brunswick 15

2.1 Introduction 15

2.2 La vision 16

3.0 Système de santé proposé 19

3.1 Introduction 19

3.2 Soins de santé primaires 20

3.3 Soins secondaires et tertiaires 31

3.4 Équipe de prestation des services de soins de santé 36

4.0 Gouverne et structure 42

4.1 Introduction 42

4.2 Objectifs concernant l'établissement des régies régionales de la santé ... 43

4.3 Configuration régionale 43

4.4 Conseils régionaux de la santé 45

4.5 Rôles et responsabilités 46

4.6 Structures proposées relatives au conseil et au fonctionnement 47

4.7 Structure organisationnelle proposée 47

4.8 Transition des structures de gouverne existantes 48

4.9 Dispositions de transition et calendrier de mise en œuvre proposés 49

4.10 Conclusion 49

5.0 Cadre redditionnel 50

5.1 Reddition de comptes dans le système de santé 50

5.2 Responsabilités du ministre de la Santé et du Mieux-être et des régiesrégionales de la santé 51

5.3 Responsabilités des directeurs généraux des régies régionales de la santé 56

5.4 Comité consultatif professionnel 58

5.5 Comité consultatif médical 58

5.6 Processus et outils de gestion efficaces de la reddition de comptes 58

5.7 Planification et établissement des priorités 59

5.8 Financement 60

5.9 Mesure du rendement 60

5.10 Communication 61

5.11 Liens avec le ministère des Services familiaux et communautaires 61

5.12 Conclusion 62

6.0 Bulletin de santé du Nouveau-Brunswick 63

6.1 Introduction 63

6.2 But 63

6.3 Auditoire cible 64

6.4 Surveillance du rendement 64

6.5 Cadre 65

6.6 Caractéristiques et défis de la conception 69

6.7 Recherche en santé : Information objective et fondée sur des preuves .. 71

7.0 Charte des droits et responsabilités 78

7.1 Introduction 78

7.2 But de la Charte 79

7.3 La Charte à titre de loi ou d'élément d'une politique publique 79

7.4 La Charte proposée 80

7.5 Les mécanismes de soutien 81

7.6 La Charte 91

8. 0 Questions relatives aux programmes et recommandations du Comité de l'Étude sur les services de santé 96

8.1 Introduction 96

8.2 Soins de courte durée 100

8.3 Soins de longue durée 101

8.4 Services d'ambulance 104

8.5 Produits pharmaceutiques 105

8.6 Services aux Premières nations 106

8.7 Services de santé publique 108

8.8 Services de santé mentale 110

8.9 Services de réadaptation 114

8.10 Services médicaux 117

8.11 Services infirmiers 118

8.12 Autres dispensateurs de services de santé 120

8.13 Formation professionnelle 122

8.14 Technologie 124

8.15 Financement 125

Annexe A - Conseil 126

Sommaire

Le premier ministre a établi le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé en janvier 2000 en lui confiant un mandat de deux ans pour :

- Élaborer un plan d'action pour la transition vers un système de régies régionales de la santé et de conseils régionaux de la santé.
- Veiller à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un bulletin sur les soins de santé, de normes sur la qualité de la santé et de mesures du rendement.
- Aider à l'élaboration de la Charte des droits et responsabilités du patient.
- Fournir des conseils sur la mise en œuvre des recommandations contenues dans le rapport de l'Étude sur les services de santé menée auprès de la population du Nouveau-Brunswick en 1998-1999.

Vers le milieu de l'année 2000, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a aussi demandé au Conseil des recommandations précises sur la réforme des soins primaires à la suite de l'engagement du gouvernement fédéral à l'égard du renouvellement des soins primaires.

Pour s'acquitter de ses nombreuses tâches, le Conseil a examiné l'expérience vécue ailleurs et pris en compte les conseils des spécialistes des politiques en matière de santé et des professionnels de la santé. À partir de cette information, le Conseil a conclu que les stratégies gouvernementales proposées étaient positives. Pourtant, il est rapidement devenu évident qu'il fallait aller plus loin pour que la province en arrive à un système de santé viable, communautaire et axé sur la personne, capable de continuellement répondre aux besoins de la province en matière de santé.

À l'heure actuelle, le système des soins de santé est constitué de personnes, de programmes, de processus, de technologies, d'organisations et de structures. L'obtention de résultats favorables dépend non seulement de chaque élément individuel, mais aussi de l'intégration de chaque élément dans un tout afin d'offrir aux patients un accès amélioré et une meilleure prestation des services de soins de santé.

Le Conseil a élaboré un schéma directeur pour guider le système de santé du Nouveau-Brunswick. Une vision claire, qui décrit le but de notre système des soins de santé et en expose les grandes lignes, est essentielle pour ce schéma directeur. La vision servira de repère au gouvernement, aux décisionnaires, aux gestionnaires et aux dispensateurs de services de santé, ce qui permettra aux initiatives individuelles de tendre vers un but commun. La vision proposée par le Conseil est un point de départ et devra être enrichie de l'apport de tous les intervenants. Il est indéniable que le défi sera de taille et exigera le dévouement et la collaboration de tous les intervenants, y compris le gouvernement, les professionnels de la santé et les collectivités. Toutefois, une fois réalisée, la vision mènera à de meilleurs soins de santé pour la population du Nouveau-Brunswick et à un milieu de travail qui permettra aux dispensateurs d'exceller dans leurs professions respectives.

Thèmes

Le présent rapport s'articule autour des éléments du mandat du Conseil. Au cours du travail d'élaboration d'un schéma directeur de l'avenir du système de santé du Nouveau-Brunswick, le Conseil a constaté l'émergence de quatre thèmes, qui sont les suivants :

- Système des soins de santé intégré et accessible
- Structure de gestion et reddition de comptes
- Droits et responsabilités
- Amélioration des programmes

Le Conseil a élaboré un certain nombre d'objectifs clés sous chaque thème. Le gouvernement provincial pourrait décider de traiter ces objectifs séparément, puisque certains sont indépendants. Ainsi, les recommandations visant la Charte des droits et responsabilités peuvent être mises en œuvre sans l'établissement des régies régionales de la santé. En revanche, dans d'autres cas, des dépendances existent. L'objectif d'établir un bulletin de santé, par exemple, dépend de la mise en œuvre des recommandations au sujet de la recherche en santé et de la technologie de l'information. En conséquence, le Conseil recommande l'adoption d'une approche globale du renouvellement du système des soins de santé.

Notons que la mise en œuvre des recommandations relatives à la structure de gestion et à la reddition de comptes peut avoir lieu sans qu'il soit tenu compte du moment du suivi des autres recommandations, et le Conseil recommande que des mesures soient prises en conséquence.

Les objectifs clés de chaque thème sont les suivants :

Système des soins de santé intégré et accessible

- Intégration d'une composante axée sur le mieux-être en plus de la composante actuelle axée sur le traitement
- Besoins locaux et provinciaux
- Définitions des soins primaires, secondaires et tertiaires aux fins d'accès et de viabilité
- Centres de santé communautaires pour l'accès et une utilisation efficace des ressources
- Régies régionales de la santé pour l'intégration d'une prestation générique et la réceptivité des collectivités locales
- Redéfinition des rôles des professionnels de la santé
- Création d'un dossier électronique par patient

Structure de gestion et reddition de comptes

- Gestion fondée sur des preuves
- Innovation et amélioration continue
- Méthode de gestion (plan et budget intégrés)
- Système d'information
- Institut de recherche en santé
- Bulletin de santé

Droits et responsabilités

- Charte des droits et responsabilités
- Curateur et tuteur public
- Défenseur des citoyens
- Directives préalables en matière de soins de santé

Amélioration des programmes

- Plan de santé provincial
- Soins de courte durée
- Soins de longue durée
- Services d'ambulance
- Produits pharmaceutiques
- Services de santé publique
- Santé mentale
- Réadaptation

Pour être axée sur la personne et fondée sur la collectivité, la prestation des services de santé doit s'éloigner de l'approche actuelle de gestion par programme. Le Conseil recommande plutôt que les services soient intégrés et offerts selon un continuum. Les points de services et les professionnels de la santé doivent coordonner l'accès pour s'assurer que chaque patient reçoit le service approprié au moment opportun, de la bonne personne et au bon endroit.

La mise en œuvre des recommandations formulées dans ce rapport définitif par le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé exigera l'adoption d'un processus de gestion du changement qui fait appel à divers intervenants. Étant donné les répercussions sur les coûts et les pénuries actuelles de professionnels de la santé, le gouvernement pourrait décider d'étaler dans le temps la mise en œuvre de certaines des recommandations. Cependant, le Conseil recommande fortement que le gouvernement favorise dès le début l'engagement des intervenants communautaires, y compris les professionnels de la santé.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être et les régies régionales de la santé doivent faire preuve d'un leadership actif et solliciter la participation et les idées des citoyens dans les régions, des organisations de professionnels de la santé, des employés et des syndicats concernés. Une consultation continue et un dialogue ouvert s'imposent à chaque étape du processus.

Le gouvernement a l'occasion d'inculquer une nouvelle culture au sein du système de santé du Nouveau-Brunswick, une culture qui est tournée vers le progrès, qui s'enrichit d'innovations et d'améliorations continues et qui aborde les changements en faisant appel à la participation des intervenants. Le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé croit fermement qu'une telle culture est essentielle pour avoir un système de santé qui répond aux besoins changeants de la population du Nouveau-Brunswick, aujourd'hui et demain.

1.0 Introduction

1.1 Le Conseil

Le premier ministre a établi le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé en janvier 2000 et lui a confié un mandat précis de deux ans pour élaborer un plan d'action pour la transition vers un système de régies régionales de la santé et de conseils régionaux de la santé, veiller à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un bulletin sur les soins de santé, de normes sur la qualité des soins de santé et de mesures du rendement, aider à l'élaboration de la Charte des droits et responsabilités du patient et fournir des conseils sur la mise en œuvre des recommandations du rapport du Comité d'étude sur les services de santé effective auprès des Néo-brunsuwickois et Néo-brunswickoises en 1998/1999.

Le premier ministre a nommé au Conseil 14 membres venant de différentes régions de la province et représentant un large éventail d'intérêts, de savoir-faire et de perspectives, y compris des administrateurs en santé, des dispensateurs de services de première ligne, des universitaires, des chercheurs et des consommateurs. La liste complète des membres du Conseil figure à l'annexe A.

Pour remplir son mandat, le Conseil a amassé une base de connaissances sur laquelle s'appuyer pour fournir des conseils et formuler des recommandations à l'intention du premier ministre. Pour amasser cette base de connaissances, le Conseil a :

- Tenu des réunions mensuelles de trois jours du Conseil en entier; au total, le Conseil aura tenu 24 réunions.
- Établi plusieurs sous-comités du Conseil, qui se sont réunis au besoin afin d'explorer plus en profondeur des questions ou des éléments particuliers du mandat. Des sous-comités ont été formés dans des domaines comme la gouverne, le bulletin de santé, la Charte des droits et responsabilités, les soins primaires, secondaires et tertiaires, les rôles des professionnels de la santé et le cadre redditionnel.
- Tenu une série de séances de dialogue (« séances de remue-méninges ») avec des dispensateurs de services de première ligne afin de mieux comprendre les programmes et les services offerts dans le cadre du système de santé et de profiter de leurs points de vue sur l'amélioration du système.
- Invité des conférenciers et des spécialistes dans divers domaines connexes pour renseigner le Conseil et obtenir leurs opinions.
- Accumulé des connaissances sur les pratiques exemplaires mentionnées dans la documentation.
- Tenu des séances publiques à différents endroits de la province pour demander aux gens du Nouveau-Brunswick leurs vues au sujet des changements à apporter au système de santé.
- Assuré une liaison continue avec les ministères qui influent actuellement sur le système de santé et qui seront touchés par la mise en œuvre des décisions que prendra le gouvernement.

1.2 Le contexte

Comme tous les Canadiens, les gens du Nouveau-Brunswick considèrent le système de santé comme une priorité. Dans la plupart des cas, lorsqu'ils ont eu accès au système, les gens se sont dits très satisfaits de la qualité des services reçus. Il n'en reste pas moins qu'une inquiétude de plus en plus vive se fait sentir; on craint que, dans l'avenir, le système ne soit plus viable, et les Néo-Brunswickois ont soulevé à maintes reprises des problèmes et des inefficacités connus de notre système de soins de santé.

Comme ailleurs au pays, le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick continue à faire face à des défis dans la prestation efficiente et efficace des services de santé. Les coûts continuent d'augmenter et, malgré des hausses considérables dans les dépenses affectées aux soins de santé depuis deux ans, la population du Nouveau-Brunswick est toujours dotée d'un système qui ne répond pas à tous ses besoins. Vu la pénurie nationale de professionnels de la santé, l'accès au système au Nouveau-Brunswick est un défi de plus en plus grand pour de nombreuses personnes. Pourtant, des milliers de professionnels de la santé travaillent avec ardeur pour s'assurer que chaque personne du Nouveau-Brunswick reçoive les meilleurs soins et services qui puissent être offerts.

Il ne fait aucun doute que des changements fondamentaux s'imposent pour assurer un système de santé véritablement adapté et viable. Les gouvernements partout au pays sont aux prises avec le même problème et s'efforcent de trouver des méthodes et des approches de rechange pour assurer la viabilité et l'adaptation du système de santé. Le défi ne se limite pas à la manière dont les services sont fournis; il s'étend aussi à la manière dont les professionnels de la santé travaillent au sein du système.

À la base, il manque une vision d'ensemble de la santé pour guider la planification et l'établissement des priorités. Il est difficile d'avoir accès au système en temps opportun, de suivre les personnes et les soins dispensés par le système, de déterminer qui est responsable de quoi. Dans bien des cas, chacune de ces difficultés nuit à la qualité des soins et influe sur les coûts de leur prestation.

De plus, le peu d'investissements dont a bénéficié le domaine du mieux-être a donné lieu à un système qui se préoccupe davantage de la gestion des maladies que de la prévention et de la promotion de la santé auprès des personnes, des familles et des collectivités.

La santé de la population du Nouveau-Brunswick n'est pas déterminée par les seuls investissements dans le système de santé. Le revenu, les conditions de travail, l'environnement, le développement de la petite enfance, l'éducation et le soutien social sont des déterminants sociaux de la santé, tout comme le mode de vie et les services de soins de santé. Des changements durables dans l'état de santé des Néo-Brunswickois passent par tous ces facteurs.

Par ailleurs, il existe un sentiment généralisé de désenchantement parmi la population et les dispensateurs au sein du système. Avec le temps, les gens du Nouveau-Brunswick ont l'impression d'avoir perdu leur influence dans les décisions qui touchent leurs vies et leurs collectivités. L'initiative et les bonnes idées locales ont sombré en raison de la surcentralisation du processus décisionnel.

La mise sur pied d'un système solide pour l'avenir nécessite que l'on traite les réalités et les problèmes de notre système actuel. Plus que jamais, nous devons élaborer une vision à long terme qui se concentre sur les collectivités et les personnes, un système qui se préoccupe davantage de la bonne santé en tant que mode de vie, un système viable sur la présence duquel la population du Nouveau-Brunswick pourra compter dans l'avenir.

1.3 Évolution du mandat

Le mandat du Conseil consistait essentiellement à établir un schéma directeur en vue de faire du système de santé du Nouveau-Brunswick une réalité axée sur la personne et ancrée dans la collectivité. Pour ce faire, le Conseil formule dans le présent rapport des recommandations pour une structure de gouverne favorisant une plus grande participation et un mécanisme redditionnel public par l'instauration du bulletin de santé et du cadre redditionnel. Le rapport recommande un processus par lequel la population du Nouveau-Brunswick peut être renseignée sur les droits et les responsabilités de tous les citoyens envers leur propre santé, ainsi que des recommandations sur les améliorations qui pourraient être apportées aux programmes et aux services.

Un véritable renouvellement du système de santé doit être ouvert à l'innovation et aller plus loin que des changements structurels; des changements dans les processus sont indispensables. Ce renouvellement doit être fondé sur une vision commune de la santé et coordonné de façon à améliorer l'efficience du système et la qualité des services offerts aux personnes qui y ont recours. Des systèmes d'information améliorés sont essentiels et nécessiteront de nouveaux investissements dans ce secteur.

Le manque de coordination et d'intégration du système de soins de santé primaires a entraîné une dépendance trop forte et une utilisation souvent inopportune de nos établissements hospitaliers. Nos professionnels de la santé, qui sont souvent en nombre insuffisant, travaillent fréquemment de façon isolée. De plus, les professionnels de la santé ne sont pas utilisés à leur pleine capacité, alors que chaque professionnel de la santé a reçu une formation de qualité et peut faire profiter le système d'une foule de compétences.

En conséquence, le Conseil a consacré une bonne partie de son temps à l'élaboration de recommandations portant sur le système de santé même, se concentrant en particulier sur les soins de santé primaires de façon à ce que le schéma directeur reflète le principe du service approprié fourni au bon moment, par la bonne personne et au bon endroit.

1.4 Le rapport

Le Conseil est heureux de soumettre le présent rapport au premier ministre. Dans l'ensemble, ce rapport représente ses meilleurs conseils pour un schéma directeur du changement. Le Conseil a pris au sérieux la responsabilité que lui confiait son mandat et a reconnu le défi qu'il posait. Étant donné la complexité du système des soins de santé, le Conseil ne prétend pas avoir étudié tous les aspects et problèmes avec lesquels le système est aux prises. Un schéma directeur ne constitue que la première étape dans la réalisation d'un véritable changement durable. Il reste au gouvernement de nombreux défis à relever sur le plan de la mise en œuvre. Pourtant, la population et les professionnels de la santé sont prêts pour le changement. La clé du succès sera la participation continue de tous les intervenants, ainsi que la volonté de faire preuve d'audace et de créativité. La clé de la viabilité à long terme est d'investir dans des remaniements à long terme basés sur des preuves concrètes et d'avoir la volonté de rebâtir le système sans avoir recours à des mesures de colmatage.

Le Nouveau-Brunswick n'est pas le seul à se lancer dans le renouvellement des soins de santé. Le pays en entier a pris cette voie, et la province doit saisir chaque occasion qui se présentera au cours des prochaines années en reconnaissant la nécessité d'aller de l'avant en collaboration avec tous les intervenants. La responsabilité du gouvernement, et de toutes les parties, est d'accueillir et d'embrasser l'innovation.

2.0 Une vision de la santé pour le Nouveau-Brunswick

Une bonne santé est une priorité et un mode de vie pour la population du Nouveau-Brunswick. Une province en santé suppose un milieu social, économique et physique qui permet à toutes les couches de la société d'adopter des habitudes quotidiennes favorisant la santé afin d'atteindre et de maintenir un état de bien-être. L'objectif est appuyé par la politique publique.

2.1 Introduction

La première étape du Conseil a consisté à élaborer une vision du rendement d'un système de santé renouvelé. La vision a formé la base dont le Conseil s'est inspiré pour traiter les quatre éléments du mandat.

La vision jette les bases pour aborder les différentes dimensions qui constituent un système de santé intégré, communautaire et axé sur la personne. Cette perspective a obligé le Conseil à examiner la structure et les processus qui composent le système au niveau de la gouverne et des mécanismes de prestation des services. Voici des exemples :

- L'élaboration d'un plan d'action pour faire la transition vers un système de gouverne composé de régies régionales de la santé et de conseils régionaux de la santé a exigé du Conseil qu'il examine les services qui peuvent relever des régies régionales de la santé, la façon dont ces conseils seront structurés et le lieu où ces services seront dispensés.
- La coordination de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un bulletin de santé, de normes de qualité en matière de santé et de mesures du rendement a nécessité qu'on examine ce qui est déjà disponible et les mesures qu'il faut prévoir pour fournir de l'information valable au public et orienter la prise de décisions.
- L'élaboration d'une Charte des droits et responsabilités exige qu'on se penche sur ce qui est considéré comme des droits et sur les mécanismes nécessaires pour permettre aux personnes d'assumer leurs responsabilités.
- La prestation de conseils sur la mise en œuvre des recommandations contenues dans le rapport de l'Étude sur les services de santé a exigé qu'on examine les meilleurs moyens possibles pour traiter les secteurs qui, de l'avis des Néo-Brunswickois, ont besoin d'être améliorés.

Pour toutes ces dimensions, le Conseil a dû examiner le système dans son ensemble. Le mouvement à l'échelle nationale vers la réforme des soins primaires est un autre facteur qui a été considéré et que le Conseil a eu la possibilité d'inclure comme un élément de premier plan dans ses délibérations. Il est devenu évident que, afin de tenir compte des réalités d'aujourd'hui et de la vision du Conseil, tous ces secteurs devaient être inclus pour approfondir le mandat et soutenir sa réalisation.

Il s'ensuit que le Conseil formule à l'intention du gouvernement un certain nombre de recommandations concernant toutes ces dimensions pour soutenir l'évolution d'un système fondé sur la vision proposée.

2.2 La vision

L'absence d'une vision provinciale pour la santé a été considérée comme la plus importante lacune dans le système actuel. En conséquence, tout schéma directeur du futur système doit reposer sur une vision clairement énoncée pour l'avenir.

La vision de la santé pour le Nouveau-Brunswick est considérée comme un engagement à long terme de la part du gouvernement et du système de santé. Des progrès importants seront réalisés d'ici l'an 2005; toutefois, il faut admettre que de nombreux éléments seront encore aux stades de l'élaboration et de la planification.

Le Conseil du premier ministre sur la qualité des soins de santé propose ce qui suit :

Une bonne santé est une priorité et un mode de vie pour la population du Nouveau-Brunswick. Une province en santé suppose un milieu social, économique et physique qui permet à toutes les couches de la société d'adopter des habitudes quotidiennes favorisant la santé afin d'atteindre et de maintenir un état de bien-être. L'objectif est appuyé par la politique publique.

Pour atteindre un état de santé tel que l'envisage la vision, un renouvellement fondamental du système de santé au Nouveau-Brunswick s'impose, par exemple :

- Définir la santé comme un état de bien-être physique, mental, spirituel et social total et non uniquement comme l'absence de maladies.
- Sensibiliser les Néo-Brunswickois aux risques pour la santé, aux modes de vie sains et aux facteurs qui ont une incidence sur la santé.
- Bien renseigner les Néo-Brunswickois sur les questions liées à la santé et encourager les gens à participer activement comme bénévoles dans leur collectivité et comme membres des conseils locaux.
- Assurer la prestation des services de santé par des équipes de professionnels qui travaillent en collaboration; les services sont pleinement intégrés, étroitement liés aux organismes communautaires et faciles d'accès pour tous en tout temps.
- Assurer la prestation de services de base au sein de la collectivité et de services spécialisés dans des hôpitaux de soins secondaires ou tertiaires.
- Créer un dossier de santé électronique qui suit chaque personne, et protéger la confidentialité du dossier.
- Veiller à ce que les personnes soient appréciées, intégrées et respectées.
- Appuyer et estimer les professionnels qui travaillent au sein du système.
- Communiquer les résultats sur le rendement et les résultats sur la santé servant à orienter la planification du système et la prestation des services.
- Fournir des services de santé de manière abordable et durable.
- Poursuivre le processus de renouvellement.

Les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*, soit gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité, sont ainsi respectés.

La vision du Conseil se traduit par une série de principes et de concepts importants qui devraient orienter le renouvellement du système :

Principes	***Concepts***
· Soins de santé de qualité et mieux-être	· Mécanismes pour soutenir l'accès
· Système axé sur la personne	· Centres de santé communautaires 24 h sur 24, 7 jours par semaine
· Participation de la collectivité	· Maximisation des rôles de chaque professionnel de la santé (I.I. médecin, pharmacien, travailleur de la santé communautaire, etc.)
· Responsabilité commune pour la santé (citoyens et système de santé)	· Service dispensé par une équipe multidisciplinaire intégrée de professionnels de la santé
· Accessibilité	· Système de santé branché
· Abordabilité et viabilité	· Un dossier de santé par personne, avec accès protégé
· Reddition de comptes	· Régies régionales de la santé
· Respect de la diversité du Nouveau-Brunswick	

Les principes qui sous-tendent le renouvellement du système de santé sont explicités ci-dessous.

Soins de santé de qualité

Dans un système de soins de santé de qualité, la preuve de l'efficacité réside dans les résultats. Un système de soins de santé de qualité assure la prestation du service approprié au moment opportun, par la bonne personne et au bon endroit.

Mieux-être

Le système de santé met l'accent non seulement sur la gestion thérapeutique, mais aussi sur la promotion du mieux-être. La population du Nouveau-Brunswick vit dans un environnement qui favorise la santé et assure l'accès à des services de prévention des maladies et d'éducation. Elle a aussi accès à des ressources en matière de santé et de mieux-être qui encourage des choix de vie responsables et des modes de vie actifs et sains.

Système axé sur les personnes et adapté à leurs besoins

Le système de santé se préoccupe de la personne dans sa totalité, et non en pièces détachées. Les gens devraient être en mesure de faire des choix éclairés et de participer à la prise de décisions qui touchent leurs soins de santé.

Caractère abordable

Un système de santé viable pour l'avenir se doit d'être abordable. Les responsables du système de santé doivent examiner des moyens de renouveler le système sans accroître les dépenses. Le système de santé devrait être fondé sur un régime à long terme et abordable.

Viabilité

Le système de santé demeurera abordable et accessible à l'ensemble de la population du Nouveau-Brunswick pendant encore de nombreuses années. Il continuera d'offrir un service de qualité supérieure et d'affecter des ressources à l'innovation et à l'amélioration continue, qu'il encourage.

Intégration

Le système de santé est conçu pour répondre aux besoins des personnes, et les professionnels de la santé travaillent ensemble pour assurer des soins continus et adaptés. La prestation des services doit être adéquatement organisée et coordonnée à chaque échelon afin de répondre de manière homogène aux besoins individuels.

Participation de la collectivité

Des services de santé primaires sont offerts à l'échelle de la collectivité. La plupart des services secondaires sont accessibles au sein de chaque région, et les services tertiaires sont offerts dans certaines régions. Les Néo-Brunswickois jouissent d'un accès équitable aux services. Chaque collectivité participe aux décisions qui touchent les services et les programmes de santé.

Accessibilité

Le système de santé s'adapte aux réalités familiales et professionnelles et comporte donc des horaires souples fondés sur les besoins des collectivités. Le rôle et les responsabilités des dispensateurs de services de santé s'adaptent aux besoins des personnes. Le système de santé prévoit des mesures visant l'abolition des obstacles à l'accès venant de la distance à parcourir pour obtenir le service.

Reddition de comptes

Le système de santé permet de renseigner la population du Nouveau-Brunswick sur la situation et sur la mesure dans laquelle les normes de qualité des soins de santé sont respectées. Les résultats de la surveillance et des rapports contribueront à influencer et à orienter les politiques et les programmes. Le système de santé doit demeurer responsable devant les citoyens du Nouveau-Brunswick.

Responsabilité commune

Le système de santé nous concerne tous. Les Néo-Brunswickois doivent comprendre et connaître les possibilités du système de santé en ce qui a trait aux services et aux résultats. Ils doivent également savoir qu'ils ont la responsabilité de faire des choix sains pour eux-mêmes et pour leur collectivité afin d'assurer la viabilité du système de santé. La politique publique créera un environnement qui favorise la santé parmi la population du Nouveau-Brunswick ainsi qu'un système de soins de santé efficient et efficace.

Respect de la diversité du Nouveau-Brunswick

Le système de santé est structuré de manière à respecter les différences au niveau de la collectivité et de la personne. Les Néo-Brunswickois sont traités d'une manière compatissante et respectueuse de leur dignité. Les différences liées à la culture, au mode de vie et à la langue sont prises en compte.

3. Système de santé proposé

3.1 Introduction

Pour concrétiser la vision décrite dans le présent rapport, la manière dont les services sont élaborés et dispensés doit considérablement changer. Le Conseil est d'avis que le système de santé devrait chercher à répondre aux besoins de la population selon une optique holistique, au lieu de classer et de fournir les services en fonction de besoins fragmentés. Cela signifie des services de soins de santé intégrés et coordonnés qui permettent de réellement axer les services sur la personne. De plus, les besoins varient selon l'âge et les circonstances de la vie, de sorte que le système de santé doit être fondé sur un continuum de services complet, allant des services de mieux-être, de promotion et de prévention aux soins de santé primaires, secondaires et tertiaires.

La vision appelle un système de santé qui n'est pas uniquement axé sur la maladie, laquelle ne touche qu'une fraction de la population. Le système de santé de l'avenir doit plutôt viser à garder la population en santé. À cet égard, le Conseil favorise la formulation d'une stratégie de mieux-être.

Dans son deuxième rapport daté d'avril 2001 et intitulé ***Ensemble pour le mieux-être : Stratégie de mieux-être pour le Nouveau-Brunswick***, le Comité spécial des soins de santé offre la définition suivante du mieux-être : « Le mieux-être est un état de bien-être affectif, mental, physique, social et spirituel qui permet aux gens de réaliser et de maintenir leur potentiel personnel dans leurs collectivités ». Le rapport comprend un cadre stratégique de mieux-être, qui offre une orientation au gouvernement dans les domaines tels que les suivants : leadership du gouvernement et politique d'intérêt public favorisant la santé, lien entre mieux-être et maladie, collaboration, soutien et échange de pratiques exemplaires, de preuves et de résultats de recherche, mesure, surveillance et suivi des progrès et compte rendu au public, participation des citoyens et investissement à long terme. Le comité recommande aussi que le gouvernement veille à ce que tous les ministères élaborent une politique d'intérêt public favorisant la santé et examinent les politiques actuelles qui influent sur le mieux-être de la population du Nouveau-Brunswick ou sur la capacité des gens d'améliorer leur propre santé. Le Conseil est d'avis que le gouvernement devrait s'efforcer de cerner des possibilités de collaboration avec d'autres paliers de gouvernement, le secteur des affaires, les universités, les organisations et les collectivités pour améliorer le mieux-être.

Le Conseil soutient le Comité spécial des soins de santé dans ses recommandations détaillées et réfléchies. Le Conseil espère que le gouvernement en tiendra réellement compte et qu'il présentera une stratégie de mieux-être à la population du Nouveau-Brunswick. Le schéma directeur présenté dans le rapport du Conseil implique la mise en œuvre d'initiatives efficaces et d'investissements stratégiques dans le domaine du mieux-être.

3.2 Soins de santé primaires

3.2.1 Définition

Le Conseil définit les soins de santé primaires comme des soins de santé homogènes, intégrés, coordonnés, accessibles et viables. Ces soins soutiennent les personnes, les familles et les collectivités et les aident à prendre les meilleures décisions pour leur santé. Ils comprennent la prestation de renseignements et de conseils sur l'éducation et la promotion en matière de santé, la prévention des blessures, les évaluations de santé individuelles, le diagnostic et le traitement d'affections épisodiques ou chroniques, ainsi que les soins de soutien et de réadaptation. Les services sont fournis par des professionnels des soins de santé qui possèdent les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des personnes et des collectivités servies. L'équipe des soins de santé primaires travaille en partenariat avec les consommateurs et facilite, au besoin, leur utilisation des autres services reliés à la santé. Les soins de santé sont fournis selon un continuum de services, allant des politiques publiques et de l'éducation et de la promotion en matière de santé aux soins primaires, secondaires et tertiaires. L'intégration des soins de santé permet la coordination des services tout au long du continuum de soins, ainsi que la collaboration et la communication parmi les dispensateurs pour la planification et la prestation des services de soins de santé. Les personnes sont assurées de la continuité des soins.

3.2.2 Soins primaires

Le secteur des soins primaires englobe un certain nombre de programmes et de services. Les services sont centrés sur la prévention des maladies et la promotion de la santé et sur la gestion des problèmes chroniques. C'est le secteur des soins de santé le plus abondamment utilisé par la population et il est donc présent, sous une forme ou une autre, dans chaque collectivité. Certains services sont offerts par le système public de soins de santé (le gouvernement provincial paie le service), tandis que d'autres sont offerts par le secteur privé (l'utilisateur paie le dispensateur directement). À l'aide de la terminologie et des étiquettes en usage aujourd'hui et reconnues par la population, voici, pour mieux définir le secteur, des exemples de programmes et de services de soins de santé primaires :

- Médecine familiale générale – cabinets de médecin
- Pharmacie – services pharmaceutiques cliniques
- Programme extra-mural – soins de santé à domicile, soins palliatifs
- Services de santé mentale – centres, cabinets privés de psychologue
- Services de soins dentaires – cabinets de dentiste
- Soins de longue durée – foyers de soins, foyers de soins spéciaux
- Services de santé publique – immunisation, nutrition, santé sexuelle
- Services de réadaptation – physiothérapie, ergothérapie, audiologie, orthophonie
- Services aux malades externes et consultations externes
- Cabinets de chiropraticien

- Thérapies complémentaires
- Services de traitement des dépendances – centres de désintoxication

Contrairement aux secteurs secondaires et tertiaires, où les services sont obtenus dans les hôpitaux, le secteur des soins primaires tend à avoir des points d'accès plus nombreux. Il existe de nombreux points de services et programmes faisant appel à différents dispensateurs de soins de santé des secteurs public et privé. Sur le plan organisationnel, la plupart fonctionnent de manière indépendante, chacun ayant son propre système de dossiers médicaux. Les mécanismes et les liens de communication entre les différents points de services ont tendance à être non structurés, ce qui exige de l'utilisateur ou du patient une plus grande vigilance pour obtenir les soins appropriés au bon moment du bon dispensateur.

Bon nombre des recommandations proposées par le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé au sujet des soins de santé primaires visent à améliorer l'accès aux services grâce à une prestation des services mieux coordonnée et mieux structurée, en particulier en ce qui concerne les services de soins primaires financés par le gouvernement provincial.

3.2.3 Principes directeurs

Le Conseil propose que le renouvellement des soins primaires soit fondé sur les principes directeurs qui suivent. Ces principes faciliteront la mise en œuvre de la vision du Conseil, qui propose des services de soins de santé primaires homogènes, intégrés, coordonnés, viables et axés sur la personne. Les principes sont les suivants :

Accès axé sur la personne

Les services sont dispensés le plus près possible du domicile des gens. Certains services de santé, tels que les soins actifs à domicile et les soins de longue durée, devraient continuer à être fournis au domicile de la personne.

Les gens doivent clairement savoir à quels services de soins de santé primaires ils peuvent s'attendre à recevoir dans leurs collectivités et à quel endroit les autres services de soins de santé primaires sont fournis dans les cas où les services ne sont pas offerts dans leur propre localité.

Pour faciliter l'accès aux services, un éventail complet de soins ambulatoires est coordonné à partir d'un lieu de prestation unique. Les personnes qui sont orientées vers un autre dispensateur sont informées du nom de ce dispensateur et de la date à laquelle le service débutera.

Accent sur la promotion et l'éducation en matière de santé et la prévention des maladies

Les soins primaires comprennent non seulement le diagnostic et le traitement des maladies, mais aussi une vaste gamme de services visant le maintien d'une bonne santé et la prévention des maladies. Les dispensateurs de soins primaires s'efforcent de répondre aux besoins non satisfaits des collectivités au moyen d'activités comme des programmes de dépistage, un service de rappel et l'éducation à la santé. Les collectivités locales ont facilement accès à des programmes éducatifs en santé.

Milieu communautaire, en dehors des établissements

Les soins primaires seront offerts dans des milieux situés à proximité du domicile des gens. Les services de soins primaires offerts actuellement dans les établissements hospitaliers devraient être transférés dans des établissements d'accès plus facile. Toutefois, les appareils dispendieux utilisés à la fois par les services primaires et les services secondaires dans la même collectivité ne devraient pas s'y trouver en double.

Dans certaines collectivités, il pourrait être indiqué de placer les soins primaires et les services hospitaliers dans le même établissement, mais la régie régionale de la santé devrait gérer chaque secteur séparément.

Accessibilité des services

Les heures de service pour les services de soins primaires sont établies en fonction des besoins de la collectivité et de la disponibilité des professionnels de la santé. Les heures d'ouverture prennent en considération la vie professionnelle de la région, et la dotation en personnel tient compte de la vie communautaire. La population du Nouveau-Brunswick a accès à des services 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Continuum de services coordonné et visible

Les gens ont accès à un choix complet de services primaires, y compris des services de promotion et d'éducation en matière de santé et de prévention des maladies. La gamme de services de soins primaires est déterminée en fonction des besoins de la collectivité et de la disponibilité des professionnels de la santé. L'accès doit toutefois être coordonné.

Approche d'équipe de la prestation des services

Chaque dispensateur ou équipe de professionnels prend en charge une collectivité ou une région géographique et cherche à répondre aux besoins non satisfaits. L'équipe planifie et dispense les services en se concentrant sur tous les aspects du continuum des soins de santé primaires, y compris l'éducation et la promotion en matière de santé, la prévention des maladies et les soins secondaires et tertiaires. Des responsabilités clairement définies parmi les différentes professions enrichissent les rôles des différents dispensateurs. Le but recherché est de profiter pleinement des services de tous les dispensateurs en fonction de leurs connaissances, de leurs compétences et de leurs capacités respectives.

Un dossier de santé électronique par personne (protégé et confidentiel)

Les dispensateurs de services de soins primaires ont accès à un seul dossier de santé électronique par personne ou patient pour faire en sorte que les bons renseignements sont accessibles quel que soit l'endroit où les gens accèdent aux services ou la façon dont ils le font (en personne ou par téléphone). Les dispensateurs auront moins à compter sur la capacité des personnes d'expliquer les services et les traitements qu'elles ont reçus antérieurement d'autres dispensateurs de services de santé; de plus, l'utilisation des services et des traitements, y compris les médicaments sur ordonnance, s'en trouvera améliorée.

En arriver à un dossier de santé électronique par personne exige que l'on porte une attention particulière à la confidentialité. Le système de dossiers de santé doit reposer sur le principe du besoin de savoir quant à l'accès des dispensateurs. Des protocoles seront établis de façon à ce que la personne devienne « propriétaire » de son dossier de santé électronique, mettant ainsi en valeur le concept selon lequel le patient a, dans la mesure du possible, le contrôle sur qui a accès à son dossier. Il faut aussi prévoir l'accès du dossier en cas d'urgence médicale si l'état de la personne l'empêche de donner sa permission. Le dossier sera doté d'une fonction de suivi pour que la personne puisse voir qui a eu accès à son dossier de santé.

Points et dispensateurs de services branchés électroniquement

Les points de services des soins primaires, y compris les cabinets de médecins qui travaillent seuls ou en groupe et les autres lieux de prestation, seront branchés électroniquement au système de santé pour permettre les échanges électroniques, ce qui améliorera les processus de communication et de prestation des services, y compris l'accès au dossier de santé électronique du patient. Le secteur des soins primaires est aussi relié électroniquement aux établissements de soins secondaires et tertiaires.

3.2.4 Prestation des services de soins primaires

Distinctions dans la prestation

La diversité des services de soins primaires est illustrée non seulement par les différents dispensateurs qui participent à leur prestation, mais aussi par les différents milieux dans lesquels les services sont fournis.

Les personnes et les groupes ont accès à la majorité des services en se rendant dans les points de services. On reconnaît par ailleurs que la situation inverse se produit aussi, puisque certains dispensateurs de services se rendent auprès de la personne ou du groupe de clients. Des programmes tels que le Programme extra-mural et les services de Santé publique sont deux exemples dans lesquels la majorité des dispensateurs se rendent sur les lieux pour fournir les services (domicile, écoles, foyers de soins, centres communautaires, etc.).

Le Conseil estime que ces distinctions doivent être prises en compte dans le réaménagement du secteur des soins primaires.

Prestation des services

Le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé recommande que le renouvellement du système de santé englobe la notion selon laquelle les services sont offerts le plus près possible de la personne. Les percées dans les traitements médicaux et la technologie rendent ce but de plus en plus réalisable. Des interventions qui, auparavant, étaient uniquement pratiquées dans des établissements de soins secondaires et tertiaires sont maintenant réalisées dans des établissements de soins primaires ou même au domicile du patient.

Le Conseil reconnaît que, à l'heure actuelle, de nombreux soins primaires sont dispensés au cabinet du médecin et que la situation se poursuivra. Toutefois, pour améliorer l'accès local aux services, le Conseil croit que tous les services de soins primaires devraient, dans la mesure du possible, être fournis par l'entremise d'un réseau de centres de santé communautaires. Même s'il faudra du temps avant d'atteindre un tel objectif, le gouvernement peut tirer parti des modèles déjà en vigueur dans la province.

Certains éléments sont jugés essentiels à l'établissement des centres de santé communautaires. Le Conseil estime essentiel :

- Que le centre de santé communautaire soit perçu comme le « noyau » physique des soins de santé primaires dans la collectivité.
- Que les services de soins de santé, y compris les services d'urgence de base, soient accessibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept.
- Que les besoins de la collectivité déterminent les heures à service complet et la gamme de services fournie par le centre de santé communautaire.
- Que la prestation des services soit assurée en équipe.
- Que la continuité des soins soit facilitée par la création d'un dossier de santé électronique par personne.
- Que les collectivités plus nombreuses puissent avoir besoin de plus d'un centre de santé communautaire.
- Qu'il n'y ait pas de lits pour soins actifs.

La mesure dans laquelle les centres de santé communautaires offriront la pleine gamme des services de soins primaires variera selon la taille et les besoins de la population desservie par le centre. Il pourrait arriver que certains services de soins primaires soient offerts uniquement dans les centres plus grands, mais le centre de santé communautaire local sera relié à ce dernier pour y faciliter l'accès.

Les centres de santé communautaires assumeront une fonction de triage et d'accueil et une fonction d'évaluation et de diagnostic, y compris les radiographies de base, le prélèvement et le transport d'échantillons, des services de laboratoire de base et des services d'électrocardiogramme. La fonction de traitement et d'intervention nécessitera des fournitures médicales, chirurgicales et pharmaceutiques, ainsi qu'une salle de traitement pour les services de médecine familiale et les soins d'urgence de base. On trouvera également dans les centres de santé communautaires des programmes d'information, d'éducation et de promotion en matière de santé et des programmes de prévention.

Alors que les patients et les clients seront incités à prendre rendez-vous pour avoir accès aux services, certains services seront offerts par téléphone, et des services d'urgence de base seront accessibles durant les heures d'ouverture. Les personnes seront orientées vers les services appropriés, et, dans la mesure du possible, des rendez-vous seront fixés avant que la personne ne quitte le centre.

Le Conseil estime que chaque personne du Nouveau-Brunswick devrait avoir un médecin de famille afin d'assurer la continuité des soins et l'obtention de résultats optimaux pour les patients, et ce afin de permettre aux médecins d'offrir les meilleurs soins qui puissent être offerts. Cependant, une personne qui n'a pas de médecin de famille et qui a besoin de soins médicaux pourra, au centre de santé communautaire, avoir accès à des services médicaux dispensés par le médecin traitant, jusqu'à ce que des arrangements puissent être pris pour lui trouver un médecin de famille. Le même scénario s'appliquera aux personnes dont le médecin habituel n'est pas disponible, l'information étant transmise au médecin de famille à la fin de chaque quart de travail.

Le Conseil admet que différents points d'accès aux soins primaires continueront d'exister, y compris le cabinet du médecin, qui travaille en collaboration avec un personnel infirmier ou d'autres collègues. Tous les points de services seront reliés au centre de santé communautaire le plus près, où les patients peuvent être orientés vers d'autres services et obtenir des soins en dehors des heures de bureau.

Selon le Conseil, grâce au modèle de collaboration et à une approche d'équipe de la prestation des soins primaires, il ne sera pas nécessaire pour le médecin de famille de voir chaque patient qui a un besoin médical de base. D'autres membres de l'équipe de dispensateurs de soins de santé pourraient fournir la consultation et le traitement. Ces autres dispensateurs seraient joints par télésanté ou sur place au centre de santé communautaire. Pour assurer la continuité des soins, toutefois, il est important que le médecin de famille continue à jouer un rôle central dans le plan de soins du patient. Des mécanismes de communication efficaces, y compris le dossier de santé électronique, doivent être établis pour soutenir le rôle clé qu'assume le médecin de famille.

Les services qui seront fournis au centre de santé communautaire par d'autres dispensateurs de soins de santé, conformément au plan de soins, soutiendront le travail réalisé par l'équipe formée du médecin et du personnel infirmier au cabinet du médecin. De tels services comprendraient, par exemple :

- Prestation de renseignements généraux concernant les services de santé, leur emplacement et la façon d'y accéder, y compris l'orientation des personnes vers d'autres services.
- Éducation et promotion de modes de vie sains pour les enfants, les adultes et les personnes âgées.
- Services de santé complets pour les enfants, y compris des soins prénatals et postnatals, des conseils sur l'allaitement maternel, le développement de la petite enfance et la maturité scolaire, l'apprentissage de compétences parentales et d'aptitudes à la vie, la nutrition, l'immunisation et des cliniques pour bébés et enfants d'âge préscolaire.
- Médecine familiale générale soutenue par des outils et du matériel diagnostiques de base.
- Cliniques de promotion de la santé et de prévention des maladies, ainsi que soins de suivi aux malades chroniques et gestion des comportements à risque.
- Éducation et conseils en matière de santé sexuelle, et traitement des maladies transmises sexuellement.

- Services de soins palliatifs, y compris le contrôle de la douleur.
- Évaluation gériatrique.
- Évaluation et éducation en matière de médicaments.

Accès à des services de soins d'urgence de base

La population doit être assurée d'avoir accès à un personnel spécialisé pour répondre 24 heures sur 24, en personne ou par téléphone, à ses besoins en matière de santé. Les centres de santé communautaires ne seraient pas tous ouverts en permanence; par contre, dans les points de services fermés, les appels téléphoniques seraient réacheminés vers un point de services ouvert jour et nuit. Les gens qui se rendent en personne au point de services seront informés du point de services le plus près.

Le Conseil est d'avis que le nombre de personnes, le nombre de médecins et des autres dispensateurs de soins de santé qui peuvent fournir des services et une distance d'environ 50 km devraient guider l'évolution des centres de santé communautaires et leur emplacement. Un centre de santé communautaire ou un établissement de soins secondaires qui fournit un tel service sera doté en permanence d'un personnel infirmier, qui a accès à un médecin sur les lieux ou par téléphone. Il s'ensuit que la pression devrait être moindre dans les salles d'urgence des établissements de soins secondaires et tertiaires.

À l'heure actuelle, un programme de télé-soins complète les services d'urgence. Le service est assuré par un personnel infirmier et peut comprendre des évaluations et des orientations, de l'information et de l'éducation en matière de santé et un soutien aux soins autogérés. Durant les séances publiques et les séances avec les intervenants, le Conseil a entendu des commentaires positifs et négatifs sur le service. Dans certaines régions de la province, le service est abondamment utilisé, et le personnel des soins de santé incite les gens à y avoir recours. Dans d'autres, quels que soient les conseils dispensés par Télé-Soins, les gens se présentent quand même à l'urgence. Le Conseil recommande donc la réalisation d'un examen externe du programme Télé-Soins.

Chaque régie régionale de la santé peut décider d'avoir un contrat avec Clinidata. Après avoir évalué le contrat actuel, les régies régionales de la santé pourraient envisager d'élargir les arrangements de façon à ce que les personnes qui téléphonent et qui sont dirigées vers un centre de santé communautaire ou l'urgence y soient attendues lorsqu'elles s'y présentent et que tous les renseignements soient communiqués au médecin de famille. Il serait essentiel, pour assurer la prestation de soins homogènes, de mettre au point un moyen d'intégrer les appels à Clinidata à un dossier de santé unique.

Le Conseil est d'avis que le mode de rémunération à l'acte en vigueur pour les médecins est un obstacle à l'adoption d'approches innovatrices de la prestation des soins primaires. Notre recherche laisse entendre que d'autres formes de rémunération, un traitement annuel par exemple, devront être appliquées pour permettre la mise en œuvre du modèle des centres de santé communautaires. Le Conseil estime aussi que les médecins ne devraient pas être contraints, mais plutôt incités à travailler dans les centres de santé communautaires grâce à des mesures incitatives pertinentes.

Services d'ambulance

Les services d'ambulance constituent une composante intégrale et essentielle du système des soins de santé. Le service assure un filet de sécurité à la population du Nouveau-Brunswick, qui compte de plus en plus sur un système fiable de soins d'urgence préhospitaliers. Les services d'ambulance sont plus qu'un service de transport; ils apportent aux patients les soins offerts dans un service d'urgence. À la suite de la restructuration des soins hospitaliers, il est plus souvent nécessaire qu'auparavant de transférer des patients d'un établissement de soins de santé à un autre, et la gravité de l'état des patients durant le transfert s'est accrue. Des services d'ambulance efficaces sont nécessaires pour soutenir un système de soins de santé communautaire axé sur le patient. D'autres changements au système de soins de santé pourraient exiger la révision du programme d'ambulance aérienne, dont l'ajout d'une capacité de transport par hélicoptère.

Il est prouvé qu'un service d'ambulance bien établi réduit le nombre de décès et la gravité des maladies ou des blessures en fournissant rapidement des soins préhospitaliers efficaces. Les éléments clés d'un service d'ambulance bien établi sont les suivants :

- Un système téléphonique d'urgence 911.
- Un système de répartition qui évalue rapidement les besoins de la personne qui téléphone et envoie les ressources appropriées.
- La capacité pour une ambulance d'atteindre la personne dans le besoin le plus rapidement possible, idéalement en moins de 10 min.
- La capacité pour le personnel d'ambulance de pratiquer des interventions nécessaires à la survie, par exemple la RCR, l'assistance respiratoire, la défibrillation ainsi que l'administration d'oxygène, de liquide et de médicaments.

En 1999, le gouvernement a demandé au ministère de la Santé et du Mieux-être de mener un examen interne des services d'ambulance. L'examen visait à fournir des options stratégiques à prendre en considération dans la conception, la prestation et le financement des services d'ambulance. Le processus a consisté entre autres dans des consultations avec les intervenants, une enquête nationale sur la prestation des services d'ambulance et la consultation d'un comité de spécialistes sur les systèmes de services médicaux d'urgence.

En ce qui concerne les coûts de prestation et les délais d'intervention, l'examen a révélé que le système des services d'ambulance du Nouveau-Brunswick est généralement à la hauteur de celui de la plupart des provinces. Dans des secteurs comme la répartition centralisée, l'approvisionnement en véhicules et l'administration du système, le Nouveau-Brunswick est perçu comme un chef de file. Toutefois, des améliorations importantes s'imposent dans plusieurs autres secteurs; on constate en particulier l'absence de délais d'intervention officiellement établis, l'absence d'une direction médicale au niveau provincial, le niveau relativement peu élevé de formation du personnel des services d'ambulance, et l'absence d'une approche planifiée de la prestation des services de réanimation d'urgence.

Le Conseil appuie plusieurs des recommandations clés qui ont découlé de l'examen. Ces recommandations devraient être mises en œuvre en collaboration avec les régies régionales de la santé et les intervenants appropriés. L'examen recommande :

- Qu'un délai d'intervention en cas d'urgence soit établi pour les services d'ambulance. Le délai d'intervention en région urbaine devrait être de moins de 9 minutes pour 90 % des appels; le délai d'intervention en région rurale devrait être de moins de 25 minutes pour 90 % des appels. Un délai d'intervention est défini comme l'intervalle de temps qui s'écoule entre la réception de l'appel par le répartiteur d'ambulance jusqu'à l'arrivée de l'ambulance sur les lieux de l'incident.

- Qu'une direction médicale au niveau provincial soit établie pour les services d'ambulance. La participation des médecins permettra d'améliorer les programmes cliniques, de répondre aux besoins du public en matière d'éducation et d'assurer des liens et l'intégration du système.

- Que les soins immédiats en réanimation soient établis comme le niveau minimum de soins cliniques à l'échelle de la province, et que la formation du personnel d'ambulance suive le profil de compétences approuvé par l'Association médicale canadienne. Le niveau de services cliniques désigne le genre de soins que le service d'ambulance doit fournir et la compétence clinique des dispensateurs de services. Une telle mesure donnerait lieu à une hausse du nombre d'heures de formation, qui passerait de 350 à 1 200.

- Dans la mesure du possible, que des services de réanimation d'urgence soient offerts. Ces services comprennent la ventilation artificielle, la pose de lignes intraveineuses, les électrocardiogrammes et l'administration de médicaments. La décision d'offrir des services de réanimation d'urgence doit être fondée sur des preuves. L'information doit clairement montrer que la prestation de services de réanimation d'urgence donne lieu à des résultats positifs pour les patients.

- Que des efforts soient faits pour intégrer davantage les membres du personnel des services d'ambulance au système de soins de santé en déterminant des possibilités appropriées et réalisables d'élargir la portée de leur intervention dans la prestation des soins de santé sans nuire aux délais d'intervention.

- Qu'un système de répartition central unique soit en vigueur pour les services d'ambulance terrestre et aérienne. Grâce à une fonction de répartition, chaque demande est évaluée par un personnel qualifié, et une intervention par ambulance est entamée. De plus, des services sont fournis avant l'arrivée de l'ambulance à la personne qui appelle. Saint John est la seule région qui a son propre service de répartition d'ambulance.

Autres recommandations du Conseil

Bien que le Conseil appuie une fonction de répartition centralisée unique pour les services d'ambulance, il reconnaît le manque de coordination entre la répartition des ambulances et d'autres fonctions de répartition des services d'urgence, y compris les programmes d'assistance médicale des secouristes opérationnels des services d'incendie et de police. (Un secouriste opérationnel est un agent de police, un pompier ou une autre personne comme un sauveteur ou un secouriste d'entreprise qui répond aux situations d'urgence médicale.) Le Conseil recommande l'examen des organismes de secouristes opérationnels actuels dans le but d'encourager un certain degré d'intégration et de coopération et d'aboutir à un service plus efficace. Quand la situation le justifie, le Conseil est d'avis qu'il faudrait instaurer un programme de secouristes opérationnels pour raccourcir les délais d'intervention. Il est probable que de tels programmes soient nécessaires dans les régions rurales du Nouveau-Brunswick, où les délais d'intervention sont plus longs. De plus, le Conseil recommande la promotion d'une approche plus intégrée de la répartition de tous les services de sécurité publique au moyen d'un centre de répartition commun.

Conformément à la recommandation du rapport d'examen interne, le Conseil propose de réduire le nombre de contrats de services d'ambulance, qui s'élève actuellement à 52. Comme première étape du regroupement, le nombre des contrats de service devrait coïncider avec le nombre de régions sanitaires.

Les transferts entre établissements, y compris de l'hôpital au foyer de soins ou du foyer de soins à l'hôpital, comptent pour la majorité des sorties d'ambulance annuelles. D'un point de vue administratif, aucune distinction n'est faite entre les transferts entre établissements et les autres appels plus urgents, tels que les accidents de la route et au travail et les appels venant de résidents du Nouveau-Brunswick. Or, l'efficience pourrait être accrue par l'exploration d'autres méthodes pour les transferts non urgents de patients entre les hôpitaux et les foyers de soins.

À l'heure actuelle, la répartition centrale des ambulances, la gestion des recettes, l'approvisionnement en véhicules et en matériel et la surveillance de la qualité sont des fonctions centralisées. Cette centralisation des fonctions vise à accroître l'efficacité de la prestation des services d'ambulance. Ce sont les fournisseurs privés ayant un contrat avec le ministère de la Santé et du Mieux-être qui s'occupent de ces quatre fonctions. Le Conseil n'a connaissance d'aucun problème important qui porte à croire que l'arrangement actuel nécessite des modifications. Toute décision future concernant la modification de la structure actuelle devrait être fondée sur des preuves.

Responsabilités des régies régionales de la santé

À l'heure actuelle, les soins primaires ne sont pas gérés comme un système. Ils consistent en une myriade de cabinets de médecins, de centres médicaux, de cliniques sans rendez-vous et de services offerts par les corporations hospitalières régionales dans les hôpitaux et en dehors des hôpitaux, y compris le Programme extra-mural, 19 centres de santé et les services de dépendance et de désintoxication. Les soins primaires consistent aussi dans des programmes et des services fournis par le ministère de la Santé et du Mieux-être, par exemple ceux des Services de santé publique et des Services de santé mentale, auxquels s'ajoutent les soins de longue durée et les soins en foyer de soins assurés par le ministère des Services familiaux et communautaires.

Pour réaliser la vision d'un système de santé véritablement intégré, coordonné et axé sur la personne, le Conseil recommande de mettre la prestation des soins primaires sous l'égide d'une structure de gouverne unique, soit la régie régionale de la santé. Placer la pleine gamme des soins primaires financés par le gouvernement sous l'autorité d'une structure de gouverne régionale unique recentrera les soins de santé dans la province. Les intervenants pourront alors mieux voir les enjeux et les défis importants des soins de santé primaires, soit leur l'organisation, l'élimination des lacunes, la réduction du cloisonnement entre les services, la continuité des soins parmi les services de santé primaires et la coopération avec les services secondaires et tertiaires. Les régies régionales de la santé seraient chargées de collaborer avec les médecins de famille et les autres professionnels de la santé afin d'améliorer la prestation du réseau des soins primaires. Les régies seraient aussi chargées de déterminer les besoins de la population en matière de soins primaires au sein de leur région et de jouer un rôle actif dans l'élaboration d'un plan de santé provincial. Tous les services seront gérés de façon à être axés sur les besoins des personnes et des collectivités et à intégrer les services et les programmes dans la région.

De plus, le Conseil recommande que les régies régionales de la santé soient chargées de la prestation des services d'ambulance dans leur région. Par la suite, il serait attendu des régies régionales de la santé d'avoir une entente avec un fournisseur. L'entente tiendrait compte des normes de programme approuvées et des indicateurs du rendement et serait compatible avec le plan de santé provincial. Chaque régie fournirait le financement nécessaire et surveillerait l'efficacité du service. Les régies régionales de la santé présenteraient aux fins d'approbation un plan triennal portant sur les services d'ambulance dans leur région.

Comme pour les autres programmes dont la gestion est confiée aux régies régionales de la santé, le ministère de la Santé et du Mieux-être aurait la responsabilité d'établir des normes de programme et des indicateurs du rendement et d'approuver le plan de santé régional. De plus, le Conseil recommande que le ministère de la Santé et du Mieux-être soutienne les régies régionales de la santé dans leurs efforts d'intégration des programmes et services au niveau régional.

Les rôles et responsabilités des régies régionales de la santé sont décrits dans le chapitre sur le cadre redditionnel.

Rôle du ministère de la Santé et du Mieux-être

Comme l'a déjà énoncé le Conseil dans son document de travail sur le renouvellement de la santé, le ministère de la Santé et du Mieux-être devra modifier son rôle dans l'avenir. La principale responsabilité du ministère sera d'établir l'orientation et les priorités générales du système de santé au moyen du plan de santé provincial. Les régies régionales de la santé seront chargées de gérer et de fournir les services et les programmes conformément au plan de santé provincial. En conséquence, les responsabilités du ministère de la Santé et du Mieux-être dans la prestation des services de santé seront moindres.

Cependant, le Conseil estime que le ministère de la Santé et du Mieux-être devrait continuer à gérer certains programmes et services, notamment le bureau du médecin-hygiéniste en chef, les services d'inspection de la Santé publique, l'Assurance-maladie, le Plan de médicaments sur ordonnance, le Service provincial d'épidémiologie, le Registre du cancer du Nouveau-Brunswick et les Statistiques de l'état civil. Ces programmes et ces services nécessitent un petit nombre de professionnels hautement spécialisés, et une gestion centrale de ces services assure une meilleure utilisation des ressources.

En 2000, le vérificateur général s'est penché sur les inspections des établissements de services alimentaires et de l'eau potable. Le *Rapport du vérificateur général 2000* montre qu'un contrôle et une reddition de comptes provinciale accrus s'imposent. Le vérificateur général a attiré l'attention en particulier sur la question de la surveillance provinciale ou centrale et le contrôle des fonctions de réglementation, le manque d'uniformité dans l'application des règlements ainsi que le manque de surveillance et de gestion à l'échelle régionale des établissements de services alimentaires et de l'eau potable. Le Conseil est d'avis qu'un contrôle plus direct des inspections des services alimentaires et de l'eau permettrait au ministre de mieux réagir aux situations et de mieux rendre compte des résultats des inspections de Santé publique et de la sécurité du public. Le Conseil recommande aussi que le personnel des régies régionales de la santé, sous la direction du bureau provincial du médecin-hygiéniste en chef, s'occupe de la fonction d'enquête sur les éclosions de maladies infectieuses.

3.3 Soins secondaires et tertiaires

3.3.1 Introduction

Le renouvellement du système de soins de santé primaires signifie un rôle révisé pour le système hospitalier du Nouveau-Brunswick. Logiquement, il devrait s'ensuivre une réorientation dans l'affectation des ressources, de même qu'une redéfinition du rôle et des responsabilités des services hospitaliers. Ces deux aspects sont essentiels pour la réussite du renouvellement du système de santé. Les soins hospitaliers doivent être centrés sur deux niveaux de soins : les soins secondaires et les soins tertiaires. Pour faire en sorte que le système de santé dispense des services de santé coordonnés, intégrés et axés sur le client, des liens étroits doivent continuer à exister entre le système hospitalier et le secteur des soins primaires.

De façon générale, la prestation de services publics à une population peu nombreuse et dispersée – un peu plus de la moitié des 753 000 résidents du Nouveau-Brunswick habitent en région rurale – constitue un défi. Cette constatation est particulièrement vraie pour les services de soins de santé secondaires et tertiaires, qui font appel à des compétences et à du matériel de pointe. Ainsi, les soins médicaux actifs et la chirurgie nécessitent des médecins, du personnel infirmier et autres dispensateurs ayant une formation particulière. Les tests de diagnostic tels que la tomographie par ordinateur, l'échographie et l'imagerie par résonance magnétique nécessitent des techniciens spécialisés pour faire fonctionner les appareils et des radiologues pour interpréter les résultats. Bien que le pourcentage de la population ayant recours à la majeure partie des services de soins hospitaliers soit faible, ces services doivent être accessibles à tous

Attirer et garder les médecins et d'autre personnel hautement qualifié dont on a besoin pour dispenser des services spécialisés au Nouveau-Brunswick n'a jamais été une tâche facile. Vu la pénurie de médecins, de personnel infirmier et de pharmaciens d'hôpital partout au Canada, le défi est encore plus grand. Cette pénurie de ressources se fera sentir dans la prestation de tous les services de santé, et en particulier dans les services hospitaliers.

3.3.2 Définition

Les services de soins secondaires consistent dans des soins spécialisés faisant appel à des procédures diagnostiques et des traitements perfectionnés et complexes qui sont habituellement fournis en milieu hospitalier. Les services de soins tertiaires consistent dans des soins qui exigent des traitements et des compétences hautement spécialisés; il s'agit habituellement de modes de traitement et de diagnostic soutenus par des technologies particulières et des services de soutien spécialisés.

Certains services secondaires et tertiaires sont fournis localement dans les établissements de soins primaires, au domicile du patient ou dans des établissements de soins secondaires, et l'aspect clinique de ces services (évaluation du diagnostic, planification des soins et surveillance) est géré par les établissements de soins secondaires ou tertiaires, qui en assurent le soutien.

Services de soins secondaires

Les principaux services de soins secondaires fournis dans la province sont les suivants :

- Anesthésie (généralistes et spécialistes)
- Cardiologie
- Chirurgie générale
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie plastique
- Dermatologie
- Gériatrie
- Maladies infectieuses
- Médecine interne générale
- Obstétrique et gynécologie (de base)
- Obstétrique et gynécologie (à risque élevé)
- Ophtalmologie
- Oto-rhino-laryngologie
- Pédiatrie
- Services externes de néphrologie
- Services externes d'oncologie médicale
- Services de laboratoire secondaires
- Services d'urgence
- Soins néonatals intensifs
- Soins primaires complexes
- Soins psychiatriques (de courte durée)
- Réadaptation secondaire
- Urologie

Services de soins tertiaires

Les services qui suivent se trouvent dans la catégorie des soins tertiaires :

- Chirurgie cardiaque
- Néonatologie
- Néphrologie
- Neurochirurgie, soins neurologiques intensifs
- Oncologie
- Psychiatrie tertiaire
- Réadaptation tertiaire

F3

3.3.3 Principes directeurs

Pour changer tout système, l'adhésion à un ensemble de principes directeurs fondés sur des preuves est fondamental dans la prise des décisions. Cela est encore plus incontournable dans un système étendu et complexe comme celui des soins de santé, où la plupart des décisions font appel à un grand nombre d'intervenants. La population du Nouveau-Brunswick se préoccupe grandement de la fiabilité et de la viabilité de son système de soins de santé. Les gens voient et entendent quotidiennement des choses à propos des échecs et des succès du système.

Les changements démographiques entraîneront dans l'avenir des pressions accrues, ce qui mettra les ressources à rude épreuve tant sur le plan de la disponibilité des professionnels de la santé que des ressources financières. Il est donc essentiel que les décisions soient prises sur la base de preuves solides. En conséquence, le Conseil a déterminé plusieurs principes clés qui devront être pris en compte dans toutes les décisions reliées au plan directeur provincial en matière de santé :

- Qualité : maintenir une masse critique et regrouper les services dépendants de manière à assurer les meilleurs résultats pour les patients.
- Viabilité : améliorer la viabilité à long terme des services.
- Accessibilité : proximité, opportunité, caractère approprié et disponibilité.
- Efficience : assurer l'accès en réduisant le plus possible le double emploi.

La plupart des soins actifs nécessitent la prestation de services disponibles en permanence pour répondre aux besoins émergents et urgents. La planification se fonde sur les besoins de la population et des patients. Il faut une masse critique de patients pour soutenir un nombre suffisant de dispensateurs afin d'assurer la continuité des services et maintenir les compétences cliniques. Cela signifie qu'il faut un minimum de quatre médecins actifs, comme le propose l'Association médicale canadienne, pour doter d'un personnel suffisant un service de soins secondaires ou tertiaires. Un tel personnel permet de couvrir les périodes de garde et les fluctuations dans la demande, de composer avec les absences périodiques ou imprévues de collègues, de favoriser le recrutement et le maintien et de soutenir les activités d'éducation continue en médecine. Le service doit également pouvoir continuer à fonctionner sans interruption majeure en cas de départ de dispensateurs de soins clés.

Pour assurer la qualité du service dans le cas des services spécialisés, les spécialistes doivent pouvoir consulter leurs collègues et avoir accès à des appareils spéciaux de diagnostic et d'intervention chirurgicale et au savoir-faire de collègues d'autres disciplines.

Assurer un accès adéquat aux services dépend de plusieurs facteurs. On doit décider de l'emplacement des points de services et des professionnels de la santé dont on a besoin pour les programmes cliniques, de la rapidité avec laquelle les gens pourront avoir accès aux services et aux traitements (temps d'attente) et des mesures à prendre pour fournir le service dans la langue officielle préférée de la personne.

Le Conseil sait que le ministère de la Santé et du Mieux-être a lancé une initiative de planification au début de l'an 2000 en collaboration avec les huit corporations hospitalières régionales actuelles dans le but de déterminer les possibilités d'amélioration du système hospitalier en place par le réaménagement des services cliniques. Le groupe de travail a reçu le mandat de fournir un apport clinique à la planification du système au niveau des services secondaires et tertiaires. Le mandat comprend la détermination des programmes cliniques et du nombre et des genres de lits nécessaires à tous les niveaux de soins. Le groupe de travail a examiné la répartition et la nature actuelles des services cliniques fournis en milieu hospitalier à la population du Nouveau-Brunswick en se fondant sur les données relatives aux congés de patients hospitalisés et aux programmes de chirurgie de jour. L'examen a également porté sur la répartition et les activités des médecins dans la province et sur le regroupement des services cliniques dans chaque hôpital.

Cependant, la planification du système de soins secondaires et tertiaires doit aller au-delà de l'utilisation actuelle des services par la population du Nouveau-Brunswick. La mobilité de la population, les données démographiques, l'évolution des besoins et les percées en pharmacothérapie, en soins médicaux et en technologie tant pour le diagnostic que le traitement des patients sont des exemples de facteurs dont il doit être tenu compte dans le plan directeur provincial en matière de santé.

Bien qu'il poursuive ses travaux, le groupe de travail a fait part au Conseil des constatations auxquelles il est parvenu jusqu'à présent. À l'heure actuelle, plus de 70 % des services secondaires à volume élevé fournis aux patients hospitalisés et en chirurgie de jour ont été analysés, de même que certains services tertiaires. Les preuves recueillies forment la base des recommandations du Conseil en matière de services de soins secondaires et tertiaires.

3.3.4 Prestation des services

Services de soins secondaires

Le Conseil a conclu, sur la base des principes de qualité, de viabilité, d'accès et d'efficacité, que les huit hôpitaux régionaux actuels devraient continuer à fonctionner comme tels. Le Conseil estime également que certains hôpitaux régionaux ne seront pas en mesure d'offrir la pleine gamme des soins secondaires mentionnés précédemment.

Un état qui nécessite des soins primaires complexes représente environ 33 % du total des hospitalisations et des chirurgies de jour dans le système hospitalier du Nouveau-Brunswick. Il s'agit en majeure partie de cas courants et relativement peu compliqués tels que troubles digestifs généraux, pneumonie et pleurésie, maladies pulmonaires, bronchite, insuffisance cardiaque, démence, soins palliatifs et soins de convalescence. La plupart des patients sont traités dans leur propre collectivité dans des hôpitaux communautaires et reçoivent leurs soins sous la supervision de médecins de famille.

Les hôpitaux communautaires contribuent à faire en sorte que les hôpitaux de soins secondaires et tertiaires servent à la prestation de soins actifs à court terme dans les cas complexes et à empêcher que les lits y soient occupés de façon prolongée. Les hôpitaux communautaires sont efficaces pour stabiliser les patients en vue de leur transfert dans des établissements plus spécialisés, et pour recevoir des patients transférés de centres de soins secondaires ou tertiaires qui ont besoin de soins palliatifs, de soins de convalescence ou de services de réadaptation.

Tous les hôpitaux communautaires offrent des soins primaires complexes et des services d'urgence 24 heures par jour, sept jours par semaine. Certains hôpitaux ont une masse critique suffisante qui leur permet de fournir des services de chirurgie générale ou de chirurgie de jour, et un petit nombre offre des services d'obstétrique.

Le regroupement de certains services secondaires en un seul établissement pourrait améliorer la qualité des soins sans compromettre l'étendue et l'accès. Le Conseil ne possède toutefois pas l'information dont il a besoin pour terminer le plan directeur en matière de santé pour les établissements de soins secondaires. En conséquence, le Conseil recommande que le ministère de la Santé et du Mieux-être, en collaboration avec les régies régionales de la santé, achève la composante des soins secondaires dans les hôpitaux régionaux du plan directeur provincial en matière de santé. De plus, le Conseil recommande que les décisions soient fondées sur les principes directeurs décrits précédemment.

Le Conseil reconnaît que certains hôpitaux communautaires offrent des services tels que des services de chirurgie et d'obstétrique uniquement en raison de la présence d'un seul chirurgien ou médecin de famille. Par leur nature, ces services ne sont pas viables. Dans ces cas, le Conseil recommande que les services offerts actuellement soient considérés comme un droit acquis pendant que le médecin et l'infrastructure est disponible.

Services de soins tertiaires

Le Conseil a reçu l'avis d'experts sur le maintien de services de soins tertiaires viables et de qualité. À l'exception des services de chirurgie cardiaque, tous les services tertiaires offerts dans la province sont fournis dans plus d'un point de services. La demande de services et la disponibilité des spécialistes pourraient exiger le regroupement de certains services tertiaires en un seul lieu. De plus, comme le Nouveau-Brunswick est une petite province à la population dispersée, il a des besoins uniques qui doivent être pris en considération dans la détermination de l'emplacement des services tertiaires.

L'absence de preuves empêche le Conseil de formuler des recommandations particulières sur la question des points de services pour les services tertiaires. Cependant, les programmes offerts dans plus d'un lieu doivent être examinés à la lumière de leur utilisation actuelle et future et, le cas échéant, faire l'objet de regroupements.

Quel que soit le nombre de points de services, les services tertiaires doivent conserver une perspective provinciale tout en maintenant la participation de toutes les régies régionales de la santé. Des mécanismes doivent faire en sorte que les questions régionales d'accès, d'égalité et de communication sont incluses dans le plan de santé provincial afin d'assurer le suivi et des liens régionaux. De plus, l'évaluation doit être une composante généralisée. Ces questions conserveront leur importance, puisque les Néo-Brunswickois seront plus nombreux à accéder au système.

3.3.5 Rôle des régies régionales de la santé

Les soins actifs au Nouveau-Brunswick doivent former un système de santé intégré, dans lequel la planification est fondée sur les besoins de la population et des patients. Les services fournis dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick doivent aussi faire partie d'un système hospitalier intégré. Un tel système harmonise la planification hospitalière avec la planification des ressources médicales et la relation entre les hôpitaux et les dispensateurs. De plus, il fait en sorte que le réseau hospitalier fournit les meilleurs services possible dans le lieu le plus approprié et au moment le plus opportun.

Dans un tel système hospitalier intégré, les patients sont régulièrement transférés d'établissements plus petits à des établissements plus importants, qui sont en mesure de répondre aux besoins plus complexes. Souvent, les patients sont de nouveau transférés aux établissements locaux ou à un programme de soins de santé à domicile, qui fournissent des soins de convalescence ou des soins palliatifs.

Dans le contexte du cadre redditionnel décrit plus loin dans le rapport, les régies régionales de la santé sont chargées de déterminer les besoins de la population de leur région en matière de soins secondaires et tertiaires. Elles ont un rôle actif à jouer dans l'élaboration d'un plan de santé provincial et devront mettre en œuvre et gérer le plan de santé approuvé pour les services de soins secondaires et tertiaires. À l'heure actuelle, tous les soins secondaires offerts dans la province ne sont pas offerts dans toutes les régions, et les services tertiaires sont offerts dans quelques régions seulement. Cette situation se poursuivra. Les régies régionales de la santé doivent assurer aux résidents de leur région l'accès ailleurs à des services de soins secondaires et tertiaires de qualité s'ils ne sont pas offerts dans la région.

Le renouvellement des soins de santé primaires limitera l'hospitalisation aux personnes qui ont besoin de procédures diagnostiques et de traitements spécialisés. L'importance accrue accordée à la prévention des maladies et à la promotion de la santé, à l'information et à l'éducation en matière de santé et à la gestion proactive des maladies chroniques contribuera aussi à atténuer la pression actuelle qui étouffe nos hôpitaux. C'est la raison pour laquelle la planification du système de soins secondaires et tertiaires doit devenir une démarche annuelle.

3.4 Équipe de prestation des services de soins de santé

3.4.1 Introduction

Le système de santé proposé par le Conseil suppose que les professionnels de la santé et les dispensateurs de services qui travaillent dans le système jouent des rôles appropriés et optimisés. Il repose également sur une approche interdisciplinaire selon laquelle les compétences de tous les dispensateurs s'unissent de façon à aboutir aux meilleurs résultats possibles pour les gens qu'ils servent.

L'approche interdisciplinaire ne signifie pas que la personne aura à sa disposition une équipe complète pour voir à ses besoins. Selon le cas, la personne aura accès au dispensateur le plus approprié pour traiter ce besoin, les compétences des autres dispensateurs étant mises à contribution s'il y a lieu. L'approche interdisciplinaire assurera la continuité des soins, puisque les renseignements médicaux au sujet de la personne seront contenus dans un unique dossier de santé électronique, qui éliminera les obstacles au partage de l'information tout en protégeant la vie privée de la personne.

L'approche interdisciplinaire exige une véritable collaboration parmi et entre les dispensateurs. Les questions de « querelles de clocher » seront résolues, et chaque dispensateur sera en mesure de mettre à contribution la pleine gamme de compétences pour laquelle il a été formé.

La transition à une nouvelle approche de la prestation des services nécessitera la participation de nos professionnels de la santé, qui constituent notre ressource la plus précieuse au sein du système de prestation des services. Leurs préoccupations et leurs questions devront être entendues et traitées.

3.4.2 Équipe de prestation des soins primaires

Le cabinet du médecin

Une pierre angulaire de la prestation des soins de santé primaires continuera à être le médecin de famille, qui travaille en collaboration avec un personnel infirmier. Dans ce contexte, la collaboration signifie que les médecins et le personnel infirmier participent tous les deux à la prestation des soins aux patients, à la prévention, à l'éducation et au suivi. De nombreux médecins de famille choisissent de ne pas travailler seuls, mais plutôt de se joindre à un groupe de médecins travaillent en collaboration et avec d'autres professionnels, du personnel infirmier en particulier, pour servir un groupe de patients. Une bonne partie de la population du Nouveau-Brunswick continuera de recevoir des services de soins de santé de qualité de ces équipes formées de médecins et de personnel infirmier. Toutefois, de nombreux patients ont des besoins plus complexes ou requièrent d'autres services et outils diagnostiques. Voici où interviennent les centres de santé communautaires. Le cabinet du médecin sera relié à une équipe interdisciplinaire plus importante basée au centre. Le centre de santé communautaire le plus près peut aussi prendre les appels téléphoniques durant les heures de fermeture du cabinet, ce qui assure aux patients un accès 24 heures sur 24, sept jours par semaine. Il y aura lieu de revoir les mécanismes de rémunération des médecins qui exercent selon un tel modèle, surtout que le rôle du personnel infirmier sera élargi et comprendra un plus grand nombre de tâches.

Centre de santé communautaire

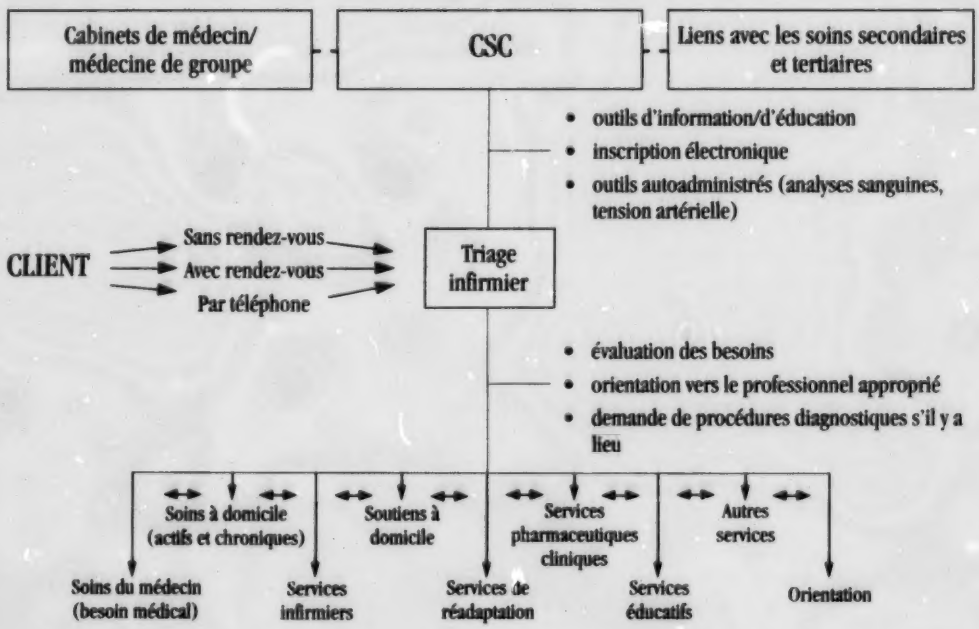
Des équipes de professionnels de la santé seront chargées de la prestation des services à une collectivité ou à une région géographique donnée. L'équipe peut comprendre, mais sans s'y limiter, des médecins, du personnel infirmier, y compris des infirmières des services de santé publique et de santé mentale, de VON, du Programme extra-mural et des centres de santé, des pharmaciens, des physiothérapeutes, des audiologistes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des travailleurs sociaux, des diététistes, des nutritionnistes, des aides en réadaptation et des psychologues. Les membres de l'équipe et la gamme de services qu'ils fournissent pourront, avec le temps, être logés dans les mêmes installations, mais dans les cas où cela n'est pas possible, l'équipe sera tout de même fonctionnelle, et ses membres seront reliés électroniquement.

Le centre de santé communautaire doit servir ses groupes de patients et clients réguliers, mais aussi, dans la collectivité, la population qui n'a pas accès aux services par d'autres moyens (pas de médecin de famille, dispensateur de soins de santé habituel non disponible, besoin après les heures d'ouverture).

3.4.3 Structure de gestion

Chaque professionnel au sein de l'équipe aura des rôles précis et, dans certains cas, élargis. Du point de vue du dispensateur et du client, le centre de santé communautaire peut être illustré comme suit :

Structure de gestion



Les centres de santé communautaires bénéficieront de l'élargissement des rôles infirmiers. Dans le domaine des services de triage, le personnel infirmier aura besoin d'expérience des soins actifs et des soins communautaires et d'une formation supplémentaire en matière d'évaluation et de pharmacologie. Les responsabilités du personnel infirmier devraient être étendues pour englober la demande de procédures diagnostiques et l'orientation vers les professionnels appropriés ou le congé, s'il y a lieu. Le personnel infirmier pourrait aussi se charger de nombreuses fonctions sur le plan de l'éducation, devenant ainsi le premier responsable de l'éducation des patients, de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et de la gestion des maladies chroniques. Il est crucial, dans le système qui est proposé, que l'ensemble du personnel infirmier exerce son plein champ d'activité. Un personnel infirmier de pratique avancée, par exemple des infirmières praticiennes, devrait pouvoir faire des évaluations et établir des diagnostics, prescrire des médicaments et élaborer et exécuter des plans de traitement pour des affections simples. Des membres du personnel infirmier pourraient désirer suivre une formation supplémentaire dans des domaines particuliers ou possèdent déjà la formation ou l'expérience nécessaires pour accroître leur apport aux soins aux patients.

De plus, comme le Programme extra-mural et son personnel infirmier expérimenté feront partie de l'équipe du centre de santé communautaire, leur apport aux soins à domicile et à l'équipe du centre de santé communautaire sera considérable et précieux. La présence de personnel infirmier des services de santé publique et de santé mentale sera tout aussi précieuse.

Le rôle des pharmaciens cliniciens au sein de l'équipe dans la collectivité contribuera à améliorer les résultats des patients et clients. Leur expertise dans les domaines de la pharmacothérapie permettra de repérer, de résoudre et de prévenir les problèmes liés aux médicaments. Les pharmaciens jouent un rôle clé dans l'éducation des patients et dans l'évaluation et le contrôle de la médication des cas aigus et des affections chroniques, ce qui améliore les résultats obtenus par les patients. Les pharmaciens devraient aussi être chargés de l'ajustement de la posologie et de fonctions de prescription dans le contrôle de certaines maladies et symptômes.

Les services des techniciens en pharmacie sont pleinement intégrés dans les hôpitaux. S'occupant de la préparation et de la distribution des médicaments utilisés dans les soins aux patients, leur rôle pourrait être encore plus important dans le contexte des soins primaires. Les techniciens devraient être soutenus dans leurs efforts pour obtenir une reconnaissance officielle au sein du système de santé en tant que groupe professionnel reconnu et autoréglementé.

Sur le plan des soins de réadaptation, le système profiterait de la mise en place d'aides en réadaptation. Dans ce nouveau rôle, les aides en réadaptation contribueraient à la réalisation des plans de soins de réadaptation établis et devraient être intégrés aux lieux de prestation des soins primaires, secondaires et tertiaires.

Ayant la responsabilité de servir la collectivité, l'équipe associée au centre de santé communautaire fournira des services ailleurs qu'au centre. Dans la mesure du possible et lorsqu'il est efficient de le faire, les services devraient être dispensés à proximité de la population servie. Ainsi, l'équipe fournira des services dans les écoles, les foyers de soins, les foyers de soins spéciaux et à domicile.

3.4.4. Autres lieux de prestation des services de soins primaires

Toujours dans l'idée d'optimiser les rôles et l'apport de tous les dispensateurs, il faudra envisager un rôle infirmier élargi dans les foyers de soins. Le cas échéant, les infirmières praticiennes devraient pouvoir faire des évaluations, demander des analyses, orienter la personne vers d'autres services et administrer des médicaments de base sans avoir à obtenir l'autorisation préalable d'un médecin. Le personnel infirmier qui possède une formation supplémentaire dans des domaines précis devrait aussi pouvoir accroître son apport aux soins aux patients. L'ensemble du personnel infirmier immatriculé et du personnel auxiliaire immatriculé devrait pleinement utiliser les compétences pour lesquelles il a été formé.

La salle d'urgence de l'hôpital qui, avec le temps, est devenue un important lieu de prestation de soins primaires parce que les gens n'ont pas d'autre choix, demande également une approche de collaboration et des rôles infirmiers avancés et élargis. Les infirmières praticiennes joueront un rôle clé dans le traitement des cas non urgents. Dans certains cas, il se peut que l'état du client ne requière pas la consultation d'un médecin. Que la personne ait besoin de voir un médecin ou non, le personnel infirmier peut s'acquitter de fonctions qui atténueront la charge de travail des médecins et assureront aux clients et patients des services plus efficaces. Il pourrait s'agir, entre autres, de demander des tests diagnostiques (radiographies par exemple) pour faciliter le diagnostic du médecin, ou d'orienter la personne vers un point de services ou un dispensateur plus pertinent pour la situation. Au fur et à mesure de l'évolution du système de santé, les salles d'urgence rempliront leur véritable rôle, qui est de traiter les cas urgents. L'approche de collaboration continuera à être pertinente, car les personnes seront ensuite vues au cabinet de leur médecin ou au centre de santé communautaire pour des soins de suivi.

3.4.5 Équipe de prestation des soins secondaires et tertiaires

Lorsque l'état de la personne est plus grave et qu'il nécessite des services spécialisés qui peuvent uniquement être fournis dans un établissement de soins secondaires ou tertiaires, l'équipe interdisciplinaire est élargie pour inclure des spécialistes et autres ressources professionnelles au besoin. Des relations de travail efficaces entre le secteur des soins primaires et le secteur des soins secondaires et tertiaires sont essentielles pour assurer la continuité des soins aux différentes étapes des soins en établissement et des soins de suivi une fois que la personne revient dans sa localité.

Les ressources professionnelles spécialisées des secteurs des soins secondaires et tertiaires auront la responsabilité d'étendre leurs services aux équipes de soins primaires. Lorsque les situations et les volumes le justifient, les spécialistes pourront se rendre dans les collectivités, probablement au centre de santé communautaire, pour fournir les services sur place.

3.4.6 Outils visant à favoriser l'approche en équipe interdisciplinaire

La redéfinition des rôles des différents dispensateurs de services doit avoir lieu au cours des cinq prochaines années; le travail doit être amorcé immédiatement.. Pour favoriser et soutenir l'approche en équipe, un processus coordonné provincial devrait être établi pour l'élaboration d'une série de plans de soins standard (des « cheminements cliniques ») visant les principaux problèmes de santé et diagnostics. Les plans de soins établiraient des normes pour les soins prévus et fixeraient les délais à l'intérieur desquels les interventions devraient être amorcées. Les plans détermineraient aussi les rôles de chaque professionnel afin d'assurer des soins homogènes de qualité. Encore une fois, l'élaboration de ces plans doit se faire dans une perspective interdisciplinaire.

Au fur et à mesure de l'évolution du renouvellement des soins de santé primaires et des rôles des professionnels de la santé, des initiatives d'éducation publique devront être réalisées.

3.4.7 Planification des ressources professionnelles en santé

L'accès à des professionnels en nombres suffisants sera le défi du renouvellement du système de santé. Le Conseil soutient une solide capacité de planification des ressources humaines dans le domaine de la santé pour la province, de même que les initiatives fédérales à cet égard. Il faut soutenir tout effort déployé en matière de planification des ressources humaines et lier ces efforts au processus de renouvellement et à l'évolution des rôles des professionnels de la santé.

4. Gouverne et structure

4.1 Introduction

Le premier mandat confié au Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé visait à élaborer un plan d'action pour passer à un système de gouverne par des régies régionales de la santé et des conseils régionaux de la santé. Le principal objectif du gouvernement servant de base à ce mandat était le besoin de rétablir la participation de la collectivité locale et des citoyens en matière de gouverne des soins de santé. À cet effet, le premier ministre a demandé au Conseil de lui fournir des recommandations concernant les meilleurs moyens d'aller de l'avant. Avant de développer un modèle de gouverne proposé pour le Nouveau-Brunswick, le Conseil a procédé à l'examen et à l'évaluation de modèles semblables existant au pays et ailleurs.

Le Conseil a déterminé que l'avènement des régies régionales de la santé a été perçu comme une démarche positive et progressive au sein des autorités compétentes où elles ont été mises en œuvre. De plus, les collectivités comprises dans la zone de responsabilité des autorités compétentes sont devenues plus aptes, avec le temps, à composer avec la prestation de soins de santé selon un modèle d'intégration.

Le Conseil a relevé un certain nombre de leçons clés apprises ailleurs dans la mise en œuvre des régies régionales de la santé. Il faut, notamment :

- Une vision provinciale clairement décrite et un plan de santé bien compris et appuyés par toutes les personnes.
- Des rôles et responsabilités bien définis et clairement départagés entre le ministère de la Santé et du Mieux-être et les régies régionales.
- Des paramètres redditionnels à tous les niveaux du système.
- Une collaboration parmi les régies régionales permettant à chacune de s'efforcer d'atteindre les objectifs communs décrits dans le plan de santé de la province.
- Le champ de compétences le plus étendu possible en matière de prestation de services pour les régies régionales de la santé afin d'assurer une plus grande flexibilité dans la façon d'aborder et de satisfaire les besoins locaux de la population.

Un message qui est revenu à maintes reprises dans les nombreux dialogues tenus avec les autorités compétentes qui ont procédé à la mise en œuvre de régies régionales de la santé est le besoin d'avoir un système unique de gouverne régionale régissant la pleine gamme de services. Certaines provinces n'ont pas intégré les soins communautaires et hospitaliers et ont ainsi perpétué un système de cloisonnement.

Les sections suivantes contiennent les propositions du Conseil relatives à la mise en œuvre des régies régionales de la santé et des conseils régionaux de la santé au Nouveau-Brunswick.

4.2 Objectifs concernant l'établissement des régies régionales de la santé

L'établissement de régies régionales de la santé au Nouveau-Brunswick sera bénéfique pour les patients, les dispensateurs de soins et la province :

- En assurant un cadre structurel dans lequel des changements liés à la prestation des services peuvent se réaliser, tout en créant une nouvelle culture centrée sur l'amélioration continue.
- En soulignant et en répondant au caractère unique de chaque région.
- En assurant un moyen d'intégrer et de transformer les services en un système homogène.
- En assurant un meilleur accès aux services au sein de chaque région et parmi les régions.
- En procurant un mécanisme grâce auquel les personnes et les collectivités peuvent participer de façon active à un système de santé.

En outre, le Conseil recommande que les régies régionales de la santé deviennent opérationnelles le 1er avril 2002, date sur laquelle les travaux menés par le Conseil sont basés, au moyen des compétences législatives nécessaires. Si le gouvernement choisit un calendrier différent, les divers échéanciers indiqués dans le présent document devront être modifiés en conséquence.

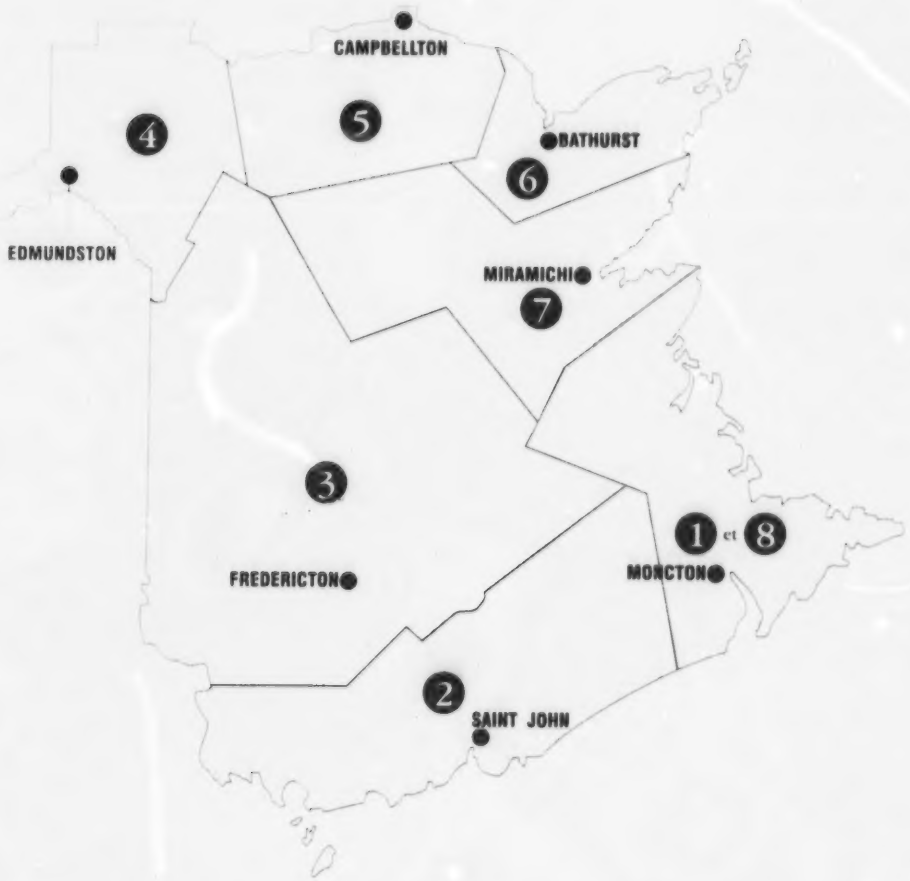
4.3 Configuration régionale

Le Conseil a examiné les réalités géographiques, culturelles et linguistiques de la province en vue de déterminer le nombre et la taille des régions devant être proposées. Les modèles actuels de déplacement de la population vers le service et les identités régionales déjà établies étaient au nombre des facteurs considérés.

Après avoir évalué de nombreuses possibilités et pris en compte les opinions exprimées par la population lors du processus de consultation publique tenu en mai et en juin 2001, le Conseil recommande l'établissement de huit régies régionales de la santé en fonction de la configuration régionale illustrée dans la carte qui suit. Cette recommandation correspond essentiellement au statu quo par rapport aux limites régionales actuelles. Le Conseil est d'avis que des changements importants peuvent avoir lieu dans les systèmes de gouverne et de prestation des services sans qu'il soit nécessaire de modifier les régions qui sont déjà bien connues de la population du Nouveau-Brunswick. Le Conseil reconnaît également que les régies régionales de la santé dans certaines provinces desservent une population beaucoup plus importante que ce qui est proposé pour le Nouveau-Brunswick. Mais la population du Nouveau-Brunswick est dispersée, et les régions proposées favoriseront la participation des citoyens, qui est un objectif clé.

Le Conseil estime que ces configurations régionales permettront aux régies régionales de la santé de créer un système de santé totalement intégré.

Régies régionales de la santé



4.4 Conseils régionaux de la santé

Le Conseil recommande que chacune des régies régionales de la santé soit administrée par un conseil régional de la santé composé de 15 citoyens provenant de la région. Afin de refléter l'objectif de la participation des citoyens, le Conseil recommande que 5 de ces membres soient élus par la population chaque année lors des assemblées annuelles, ce qui exigera la formation de sous-districts dans chacune des régions. Les 10 autres membres seront nommés par le ministre de la Santé et du Mieux-être. Tous les membres doivent résider dans la zone desservie.

La composition des conseils régionaux de la santé a fait l'objet d'une rétroaction importante durant les séances de consultation publiques tenues par le Conseil plus tôt dans l'année. En général, les Néo-Brunswickois souhaitent que le nombre de membres élus aux conseils soit supérieur au nombre de membres nommés. Tout en tenant compte de cette recommandation, le Conseil a aussi étudié des pratiques exemplaires en vigueur ailleurs au pays. La documentation à ce sujet, en particulier les travaux de Jonathan Lomas, attire l'attention sur le besoin d'assurer un point de vue régional et un équilibre des champs d'intérêt et des compétences au niveau du conseil. Les avis d'experts ont poussé le Conseil à proposer un modèle équilibré. Toutefois, le Conseil reconnaît que les réalités uniques du Nouveau-Brunswick pourraient exiger un apprentissage plus long. En conséquence, le Conseil recommande que le gouvernement mène une évaluation complète au bout d'une période de cinq ans dans l'intention de modifier le nombre de membres élus, si besoin est.

Les conseils régionaux de la santé seront saisis de responsabilités et de défis qui revêtiront une importance considérable et, pour cette raison, il sera crucial que le ministre de la Santé et du Mieux-être en tienne compte dans les nominations qu'il effectuera, ainsi que de facteurs tels que l'équilibre géographique, linguistique, et culturel et l'équilibre entre hommes et femmes. Dans le but de faciliter l'exécution de cette tâche, le Conseil préparera un profil des membres de conseil pour guider le ministre.

Étant donné que l'établissement des régies régionales de la santé est recommandé pour le 1er avril 2002, il est suggéré que les premiers conseils soient des conseils par intérim, composés de membres nommés par le ministre de la Santé et du Mieux-être. La durée des conseils par intérim ne devrait pas dépasser deux ans, après quoi auront lieu les premières élections. Le mandat des membres élus devrait durer trois ans et, dans le cas des membres nommés, les mandats seront échelonnés sur une durée d'un an, de deux ans et de trois ans. Cela permettra d'assurer une continuité quant à l'expérience des membres des conseils. Il est suggéré que les membres soient en fonction pour une durée maximale de 12 ans.

Les conseils établiront une direction et élaboreront des politiques régionales en accord avec le plan provincial. La mise à exécution de politiques relèvera de l'organe administratif de la régie, dont la direction sera assumée par un directeur général désigné par les conseils. Dans ce contexte, il est recommandé que le personnel des régies régionales de la santé, le personnel des ministères provinciaux pour lequel les régies font la prestation de services (Santé et Mieux-être et Services familiaux et communautaires) ainsi que les dispensateurs à qui les régies accordent des contrats ou des privilèges soient exclus comme membres votants du conseil.

Cela ne veut pas dire que les opinions de ces personnes ne sont pas appréciées ni importantes dans la prise de décisions. En fait, elles ne se sont pas suffisamment fait entendre par le passé. C'est la raison pour laquelle le Conseil recommande que soit créé un comité consultatif des professionnels de la santé, composé de dispensateurs de services de soins de santé, qui fait connaître ses vues régulièrement au conseil.

Afin d'aider les membres du conseil à s'acquitter de leurs responsabilités, il est recommandé d'établir une stratégie d'initiation détaillée à l'intention des conseils initiaux et des nouveaux membres. Le Conseil a élaboré une stratégie pour guider le ministère de la Santé et du Mieux-être dans ses efforts pour s'assurer que les membres du conseil reçoivent l'initiation et les outils nécessaires pour remplir leurs obligations. L'initiation continue devrait devenir la responsabilité de chaque conseil.

Le Conseil est d'avis que, pour atteindre les objectifs de la vision, il est nécessaire que des personnes spécialisées et compétentes siègent aux conseils. Par ailleurs, comme l'engagement que devront fournir ces personnes sera considérable, le Conseil recommande que les présidents et les membres du conseil reçoivent une indemnité fondée sur l'expérience, les fonctions et le niveau de responsabiiité. En outre, tous les membres de ces conseils devraient obtenir les outils de communication appropriés afin de faciliter leur travail et d'améliorer leur participation aux activités des conseils.

4.5 Rôles et responsabilités

Des rôles et des responsabilités bien définis et clairement départagés entre les régies régionales de la santé et le ministre de la Santé et du Mieux-être constituent la clé du succès de la mise en œuvre des régies régionales de la santé. Ces rôles et responsabilités servent également à assurer la reddition de comptes.

Le Conseil donne plus de détails concernant les rôles et responsabilités dans le chapitre sur la reddition de comptes.

Le tableau qui suit résume les responsabilités individuelles ainsi que les domaines où une participation commune est requise.

Ministre de la Santé et du Mieux-être	Participation commune	Régies régionales de la santé
Établit la vision, les valeurs, les principes et la philosophie à l'échelle provinciale.	Tous participent au plan provincial.	Établit la vision, les valeurs et les principes à l'échelle régionale en accord avec le plan provincial.
Établit la direction, les priorités et les normes du système en général.	Tous participent au plan provincial.	Établit la direction, les priorités et les normes à l'échelle régionale en accord avec le plan provincial.
Approuve les plans régionaux.		Élabore les plans régionaux.
Garantit les fonds appropriés.		Dépense de façon responsable les ressources allouées par la province.
Assure la prestation des services provinciaux.		Assure la prestation des services régionaux.
Surveille l'état de santé de la population et le plan provincial, et en fait rapport au public.		Surveille l'état de santé de la population et les plans régionaux.
Gère avec efficacité et efficience les ressources provinciales (financières, humaines, technologie de l'information).		Gère avec efficacité et efficience les ressources régionales (financières, humaines, technologie de l'information).

Ces rôles et responsabilités supposent la présence d'une vision en matière de santé pour la province et d'un plan de santé provincial auxquels auront contribué toutes les parties. On s'attend évidemment à ce que les régies régionales de la santé collaborent avec la province et entre elles. Des mécanismes devront être instaurés pour faciliter ce processus.

4.6 Structures proposées relatives au conseil et au fonctionnement

Le Conseil n'a pas l'intention d'être normatif, mais souhaiterait suggérer des lignes directrices et des considérations permettant d'aller de l'avant.

4.6.1 Structure possible des conseils régionaux de la santé

Les conseils régionaux de la santé sont la clé du renouvellement du système de santé du Nouveau-Brunswick. À ce titre, on s'attend à ce qu'ils soient des entités innovatrices et créatrices, « axées sur l'avenir et avant-gardistes », capables de créer un système mieux coordonné pour la population du Nouveau-Brunswick. Les conseils devront assurer le leadership nécessaire dans la gestion des changements à l'échelle régionale. Ils devront aussi faire preuve de souplesse pour répondre aux besoins des gens de la région.

La majorité des organismes possédant des capacités innovatrices éprouvées ont établi une structure composée de trois comités à leurs conseils, soit gouverne, vérification et leadership et ressources humaines. Une structure semblable pourrait s'avérer bien adaptée aux régies régionales de la santé.

4.7 Structure organisationnelle proposée

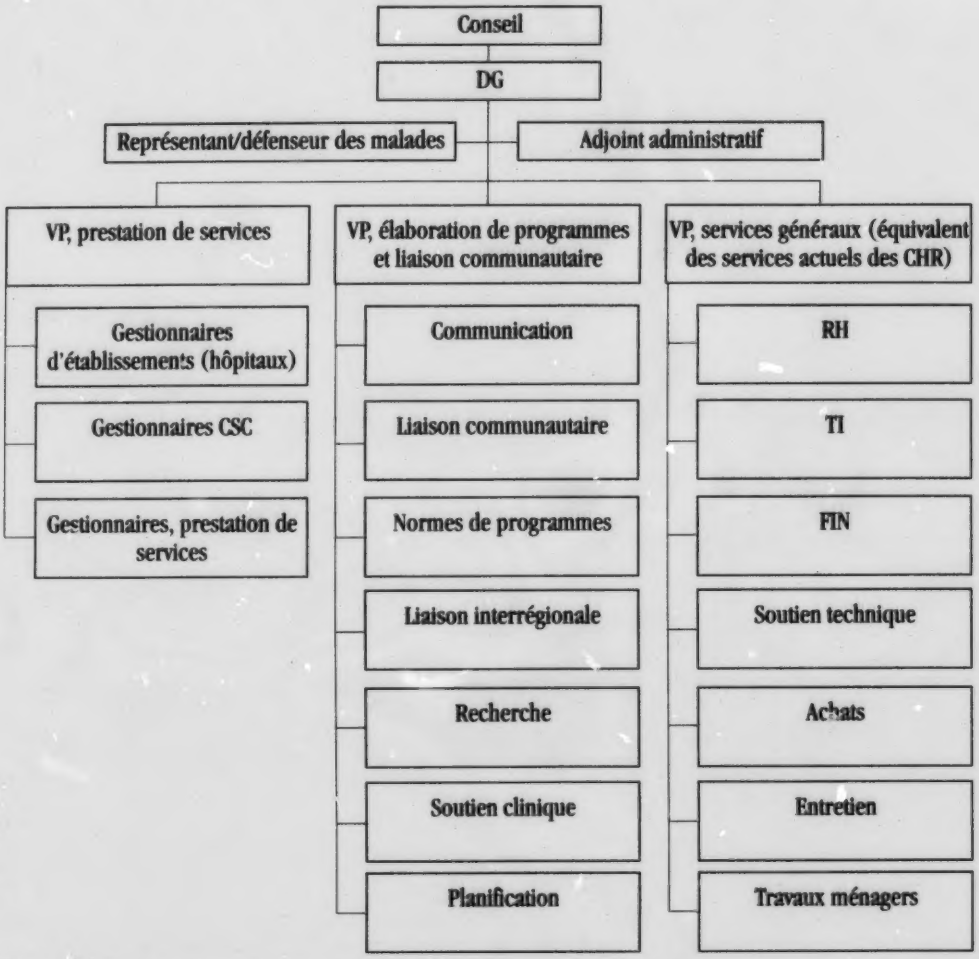
Le Conseil reconnaît que la taille et la complexité d'une région influeront sur le type de structure organisationnelle qu'établiront les régies régionales de la santé en vue de s'acquitter de leurs responsabilités. Il envisage une équipe de gestion petite et simple qui se concentre sur l'intégration des services.

La structure possible qui suit est offerte à titre de ligne directrice seulement.

Il existe un certain nombre de principes clés qui devraient être soulignés :

- Accorder l'attention à la prestation de services et non à la création de structures bureaucratiques.
- Intensifier les ressources et l'expertise déjà présentes dans le système.
- Assurer un leadership clinique à l'échelle régionale.
- Assurer une gestion et une réceptivité à l'échelle locale en affectant un dirigeant à chaque point de services.

Régie régionale de la santé
Exemple d'organigramme



4.8 Transition des structures de gouverne existantes

Le Conseil recommande de procéder à la dissolution des conseils des corporations hospitalières régionales en même temps qu'auront lieu l'établissement et la désignation des conseils régionaux de la santé, puisque que l'on propose de transférer aux régies régionales de la santé tous les services sous les auspices des corporations hospitalières régionales. Si une période de transition est requise, le Conseil suggère que l'autorité et les pouvoirs nécessaires relèvent du ministre de la Santé et du Mieux-être pour une courte période. De plus, le Conseil ne recommande pas d'établir des conseils individuels pour chaque établissement hospitalier; il ne recommande non plus aucun changement relativement à la gouverne des foyers de soins.

4.9 Dispositions de transition et calendrier de mise en œuvre proposés

Le Conseil est d'avis que la séquence d'activités proposée dans le tableau qui suit contribuera à une mise en œuvre réussie des régies régionales de la santé, séquence qui est fondée sur le 1er avril 2002 comme date de début. Le processus suppose que toutes les parties participent à la création de la vision et du plan de santé provincial.

Mesures	Échéancier
Dépôt de la loi autorisant l'établissement des régies régionales de la santé.	Session automnale 2001 de l'Assemblée législative
Nomination des membres intérimaires des conseils régionaux de la santé.	janvier 2002
Mise en œuvre d'une stratégie d'initiation pour les membres des conseils régionaux de la santé.	Dès que possible après la nomination des membres
Nomination des directeurs généraux par les régies régionales de la santé.	mars 2002
Communication entre la direction et les syndicats afin d'assurer une transition juste et équitable.	mars 2002
Dissolution des corporations hospitalières régionales.	le 31 mars 2002
Les régies régionales de la santé deviennent opérationnelles.	le 1er avril 2002
Transfert des services sous l'autorité des régies régionales de la santé*.	le 1er avril 2002
Tenue des premières élections lors de l'assemblée annuelle.	avril - juin 2004
Initiation des nouveaux membres des conseils régionaux de la santé.	juin 2004

** Le Conseil est d'avis que les régies régionales de la santé doivent hériter de la responsabilité d'offrir la pleine gamme de services de santé en vue de pouvoir créer un réseau intégré et coordonné. Le transfert intégral des services en question n'est sans doute pas possible immédiatement. Le Conseil incite le gouvernement à agir le plus rapidement possible à cet égard. Des problèmes pourraient résulter si, par exemple, seuls les services hospitaliers sont transférés au début, car les éléments nécessaires pourraient ne pas être en place pour pouvoir commencer à constituer une solution de rechange efficace en ce qui a trait aux soins de santé primaires. Le Conseil sait que l'enchaînement final de toutes les mesures dépendra de l'examen complet par le gouvernement de toutes les recommandations.*

4.10 Conclusion

L'avènement des régies régionales de la santé présentera un certain nombre de défis, puisque nous visons à atteindre un équilibre entre les impératifs provinciaux et les réalités locales relativement au système de santé. Le Conseil est d'avis que le Nouveau-Brunswick doit relever ces défis tout en apprenant et en s'adaptant avec le temps en vue de procurer le meilleur système possible à sa population.

5. Cadre redditionnel

5.1 Reddition de comptes dans le système de santé

L'adoption d'un nouveau modèle de gouverne régionale pour le système des soins de santé pose le défi de la mise en œuvre d'un cadre redditionnel approprié dès le début.

La reddition de comptes constitue un facteur important dans le système de soins de santé public. D'une part, on veut que des comptes soient rendus aux citoyens. D'autre part, les agents de prestation ont des obligations redditionnelles à l'égard du ministre de la Santé et du Mieux-être et doivent rendre compte de leur rendement par rapport à la réalisation des objectifs de prestation des services et aux résultats financiers. Puisque les conseils des régies régionales de la santé comprendront à la fois des membres nommés par le ministre et des membres élus par le public, le cadre redditionnel devra être bien défini afin chaque intervenant comprenne clairement ses rôles et ses responsabilités et ceux des autres.

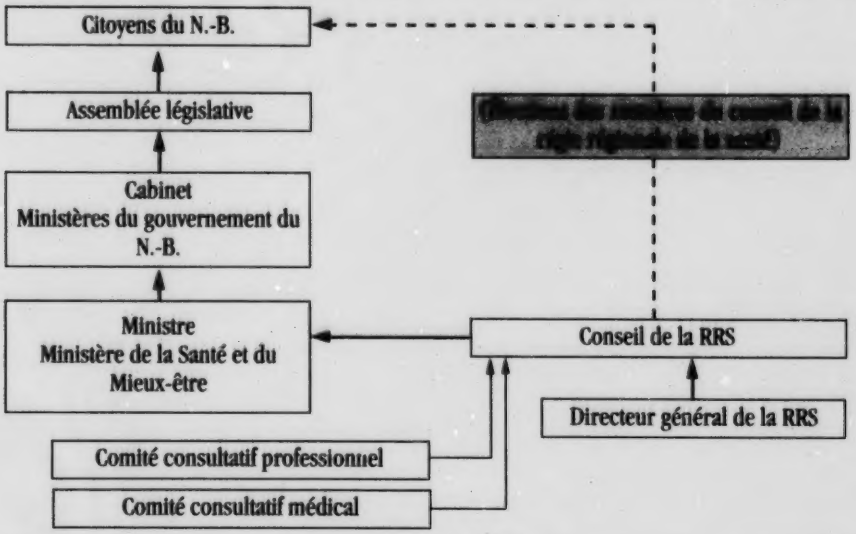
Étant donné que le concept de la reddition de comptes fait souvent l'objet d'une interprétation vague, le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé s'est appuyé sur les définitions suivantes comme dénominateur commun pour établir un certain élément de compréhension pendant ses délibérations.

- **Reddition de comptes :** *L'obligation de rendre compte de l'exécution de ses responsabilités à la personne ou au groupe qui a confié ces responsabilités.*
- **Responsabilité :** *L'obligation d'agir ou de prendre une décision. Une personne est responsable de quelque chose mais rend des comptes à quelqu'un.*
- **Obligation de s'expliquer :** *L'obligation de fournir de l'information et une explication à un autre intervenant. Une personne qui a l'obligation de rendre compte n'est pas soumise à la direction ou à la discipline de la partie qui demande l'information.*

Une distinction importante à faire est la notion selon laquelle une personne ou une organisation doit rendre des comptes à la personne ou à l'organisation qui a l'autorité de lui confier ou de lui retirer des responsabilités. Il est donc essentiel que le processus utilisé pour confier et retirer des responsabilités soit bien compris par le ministère de la Santé et les régies régionales de la santé, et soit complété par un système de mesures de rendement efficace qui établit des attentes explicites en matière de rendement dans les domaines des résultats cliniques, de la gestion financière et de la satisfaction des patients.

Pour assurer une reddition de comptes efficace, trois éléments doivent être en place :

- Rapports redditionnels clairement établis entre les intervenants
- Rôles et responsabilités bien définis pour tous les intervenants
- Processus et outils de gestion efficaces pour la reddition de comptes



Le Conseil utilise ces trois éléments comme base du cadre redditionnel qu'il propose. La figure ci-contre résume les rapports redditionnels en illustrant les lignes hiérarchiques entre les divers intervenants, comme l'envisage le Conseil pour la structure générale du système de santé.

Le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé s'est concentré sur les responsabilités du ministre de la Santé et du Mieux-être, des conseils des régies régionales de la santé, des directeurs généraux, des comités consultatifs professionnels et des comités consultatifs médicaux.

5.2 Responsabilités du ministre de la Santé et du Mieux-être et des régies régionales de la santé

Le pouvoir final de décision à l'égard du système de santé relève du ministère de la Santé et du Mieux-être. À ce titre, le ministère a comme responsabilité principale d'orienter le système de santé. Pour rapprocher le système de santé des collectivités toutefois, le ministère doit créer un climat propice à la participation et à la collaboration des régies régionales de la santé. La notion d' « un système de santé provincial » dépendra grandement de la capacité des régies régionales de la santé de travailler ensemble et avec le ministère.

En se servant de comparaisons dans sept principaux secteurs d'activités, le Conseil définit les responsabilités proposées du ministre et des régies régionales de la santé comme suit :

1. Planification

Ministre de la Santé et du Mieux-être	Régies régionales de la santé
Établir la vision, les valeurs, les principes et la philosophie qui orienteront la prestation des services de santé au Nouveau-Brunswick.	Établir la vision, les valeurs, les principes et la philosophie conformes à la vision provinciale, qui orienteront la prestation des services de santé dans la région.
Établir l'orientation et les priorités globales du système de santé par un consensus avec les régies régionales de la santé. Les principaux objectifs comprennent entre autres : • établir les politiques et les stratégies globales; • déterminer les programmes et les services de base qui seront accessibles à tous les Néo-Brunswickois – promotion, prévention, protection, soins primaires, secondaires et tertiaires; • élaborer un plan de santé provincial fondé sur un consensus avec les régies régionales de la santé; • établir des normes de programme et des indicateurs du rendement pour tous les programmes et services de base du système de santé.	Jouer un rôle actif au forum de planification du système provincial (propriété partagée). Fournir un apport et travailler avec le ministère de la Santé et du Mieux-être pour élaborer : • un plan de santé provincial; • des normes de programme et des normes du rendement pour tous les programmes et services, y compris les programmes propres à la région.
Établir, pour le système de santé provincial, un plan d'activités triennal qui englobe les priorités régionales et provinciales. Le plan devrait inclure les éléments suivants : • services et programmes dispensés par le ministère de la Santé et du Mieux-être et les régies régionales de la santé; • plan de ressources humaines; • système d'information intégré provincial; • équipement majeur; • rénovations majeures et nouvelles constructions. Le ministre devrait être sensible aux nouveaux besoins pendant l'année en cours et réagir de façon appropriée et opportune.	Établir, pour la prestation des services de santé, un plan d'activités triennal (objectifs et priorités) qui répond aux besoins en matière de santé de la région, est fondé sur des preuves et est conforme aux priorités et aux objectifs provinciaux (plan de santé provincial). Le plan devrait inclure les éléments suivants : • besoins en matière de santé; • services et programmes dispensés par les régies régionales de la santé; • plan de ressources humaines; • équipement majeur; • rénovations majeures et nouvelles constructions; • budget de fonctionnement. Les régies régionales de la santé doivent être sensibles aux nouveaux besoins pendant l'année en cours et réagir de façon appropriée et opportune.
Approuver les plans de santé régionaux (ces décisions devraient être discutées à fond avec les régies régionales de la santé).	Les régies régionales de la santé doivent appuyer leurs plans de santé régionaux sur des preuves, des prévisions et des hypothèses, des cibles de réussite, etc.
Approuver les propositions des régies régionales de la santé concernant l'établissement, la fermeture ou la conversion d'hôpitaux et de centres de santé communautaires.	Déterminer et approuver les changements au menu des services hospitaliers et des centres de santé communautaires dans la région (ajout ou suppression de services).
Obtenir les conseils et l'apport de divers intervenants, y compris les dispensateurs de services et le public, pour planifier la prestation des services non décentralisés vers les régies régionales de la santé.	Obtenir les conseils et l'apport du grand public et des dispensateurs de services dans la région.

Ministre de la Santé et du Mieux-être	Régies régionales de la santé
Établir des politiques qui protégeront et favoriseront la santé de la population de la province et qui empêcheront les maladies et les blessures.	Participer avec la province à l'élaboration de politiques qui protégeront et favoriseront la santé de la population de la province et empêcheront les maladies et les blessures.
Promouvoir la « perspective de la santé » dans l'élaboration des politiques gouvernementales et dans les discussions aux comités du Cabinet.	Travailler avec les bureaux régionaux d'autres ministères du gouvernement pour adopter une approche globale de l'établissement du programme de la santé pour la région.
Élaborer un plan provincial de ressources humaines pour assurer un nombre et un mélange adéquats de ressources humaines afin de soutenir les services de santé dans la province.	Préparer et soumettre à titre d'information un plan régional de ressources humaines pour assurer un nombre et un mélange adéquats de ressources humaines afin de soutenir les services de santé dans la région.
Participer activement avec le Conseil de gestion et le Bureau des ressources humaines à la négociation collective avec d'autres professionnels de la santé et employés du système de santé. Agir au nom du gouvernement pour établir les taux des médecins salariés, des médecins contractuels et des médecins rémunérés à l'acte.	Participer activement avec le Conseil de gestion, le Bureau des ressources humaines, le ministère de la Santé et du Mieux-être et le ministère des Services familiaux et communautaires : • à la négociation collective avec les professionnels de la santé et les employés du système de santé et • à l'établissement des taux pour les médecins salariés.
Élaborer conjointement avec les régies régionales de la santé un plan qui prévoit un système d'information intégré provincial qui servira à toutes les régies régionales de la santé et à tous les programmes gérés au palier provincial. Le système d'information assurera le lien entre les différents éléments du système de santé.	Fournir un apport et travailler avec le ministère de la Santé et du Mieux-être pour élaborer un système d'information intégré provincial.

2. Financement

Ministère de la Santé et du Mieux-être	Régies régionales de la santé
Obtenir des fonds de l'Assemblée législative pour : • a prestation et le fonctionnement des programmes gérés au niveau central; • l'attribution de fonds aux régies régionales de la santé en fonction des plans des régies approuvés (devant inclure la totalité du financement nécessaire au maintien des services que le ministère de la Santé et du Mieux-être oblige les régies régionales de la santé à offrir même si elles indiquent, en se fondant sur des preuves, que ces services doivent être éliminés ou réduits).	Retenir et financer les services des foyers de soins, des dispensateurs de services par des organismes non gouvernementaux (VON, soins à domicile, éducation/ promotion en santé mentale, etc.).

3. Collaboration

Ministre de la Santé et du Mieux-être	Régies régionales de la santé
Responsable de : • la collaboration entre les régies régionales de la santé et le ministère; • l'établissement, en collaboration avec les régies régionales de la santé, d'un mécanisme qui assure la collaboration entre elles.	Responsable de la collaboration avec le ministère de la Santé et du Mieux-être et les autres régies régionales de la santé afin d'obtenir des soins aux patients de qualité maximale et d'assurer l'efficacité et l'efficience de la prestation des services dans le système de santé.

4. Évaluation, surveillance et compte rendu

Ministre de la Santé et du Mieux-être	**Régies régionales de la santé**
Surveiller et évaluer : • l'état de santé de la population du Nouveau-Brunswick; • le rendement du système de santé, y compris des régies régionales de la santé. Fournir de l'information, y compris les résultats des évaluations, aux régies régionales de la santé et au grand public. Rendre compte au grand public, au moins une fois par année et au plus tard le 30 juin de chaque année, de la réalisation du plan d'activités provincial. Le rapport doit comprendre l'évaluation des progrès réalisés dans la mise en œuvre des mesures clés.	Surveiller et évaluer : • les besoins en matière de santé des personnes, des familles et des collectivités dans leurs régions; • la prestation des programmes et des services, la communication des conclusions au grand public et la détermination des tendances en matière de santé qui ont besoin d'être étudiées plus à fond; • le rendement de toutes les activités administratives et cliniques au sein des régies régionales de la santé. Rendre compte au ministre de la Santé et du Mieux-être sur une base régulière (trimestrielle) et au public régional (au moins une fois par année et au plus tard le 30 juin de chaque année) de la réalisation du plan d'activités régional. Le rapport doit comprendre l'évaluation des progrès réalisés dans la mise en œuvre des mesures clés.

5. Prestation des services

Ministre de la Santé et du Mieux-être	**Régies régionales de la santé**
Offrir au moment opportun un soutien, des conseils et de l'aide aux régies régionales de la santé pour la mise en œuvre et la gestion continue de leur plan de santé régional respectif. Gérer les services non assignés aux régies régionales de la santé, y compris : • Bureau du médecin-hygiéniste en chef • Inspection de la santé publique • Assurance-maladie • Programme de médicaments sur ordonnance • Service provincial d'épidémiologie • Registre provincial des cas de cancer • Statistiques de l'état civil. Le ministère doit établir des mécanismes pour obtenir l'apport des régies régionales de la santé, pour collaborer à la gestion continue et à l'amélioration de la prestation des services au sein des services ci-dessus (p. ex. Programme de médicaments sur ordonnance par rapport à la couverture des médicaments dans les hôpitaux).	Mettre en œuvre et gérer un plan de santé régional approuvé (objectifs et priorités) pour la prestation de services de santé qui : • répondent aux besoins en matière de santé de la région; • sont conformes aux objectifs et priorités de la province (plan de santé provincial); et • sont appuyés par des éléments de preuve (d'un institut de recherche et d'autres sources). Les services compris dans toutes les régies régionales de la santé seront la promotion et l'éducation en matière de santé, la prévention, les soins de santé primaires et les soins hospitaliers. Les programmes particuliers comprendront la santé publique, la santé mentale, les soins de longue durée, le Programme extra-mural et les soins à domicile, les services de réadaptation, le traitement des dépendances et les services hospitaliers secondaires. De plus, certaines régies régionales de la santé géreront et assureront des services hospitaliers tertiaires provinciaux.
Aider les régies régionales de la santé à assurer l'accès aux services à l'extérieur de la région et à l'extérieur de la province.	Collaborer avec les autres régies régionales de la santé et le ministère de la Santé et du Mieux-être pour assurer à la population de la région l'accès aux services de santé tertiaires ou autres services de santé non dispensés dans la région.
Appuyer les régies nationales de la santé dans leurs efforts visant à intégrer les programmes et les services au niveau régional.	Gérer les services de santé de façon à mettre l'accent sur les besoins des personnes et des collectivités et à intégrer les services et les programmes dans la région.
Partager et appuyer les pratiques exemplaires, l'innovation, l'expérimentation et l'amélioration continue.	Favoriser une culture qui prévoit une gestion des services favorisant et appuyant les pratiques exemplaires, l'innovation, l'expérimentation et l'amélioration continue.

6. Gestion des ressources

Ministère de la Santé et du Mieux-être	**Régies régionales de la santé**
Gérer toutes les ressources financières, humaines et de technologie de l'information exigées pour offrir les services provinciaux non délégués aux régies régionales de la santé. Appuyer les régies régionales de la santé en facilitant l'établissement de forums provinciaux ainsi que des systèmes, des processus et des mécanismes exigés pour une véritable collaboration entre les régies régionales de la santé et avec le ministère, en vue d'une gestion efficace et efficiente de toutes les ressources.	Volet financier : • Gérer les ressources financières et fonctionner en respectant le budget approuvé dans le cadre du plan de santé régional. Ressources humaines : • Gérer toutes les fonctions de la gestion des ressources humaines, y compris la dotation en personnel, les relations de travail, la formation et le perfectionnement ainsi que la rémunération. • Les systèmes de ressources humaines (gestion du rendement, feuille de paie, SIRH, rémunération, etc.) seront communs pour toutes les régies régionales de la santé à moins que des besoins opérationnels uniques exigent une autre approche. Matériel, équipement et espace physique : • Exécuter toutes les activités de gestion liées au matériel, à l'équipement, à la gestion de l'espace physique, conformément à l'infrastructure et aux systèmes régionaux et provinciaux.
Technologie de l'information : • Faciliter, en collaboration avec les régies régionales de la santé, l'élaboration d'une stratégie et de normes provinciales globales pour la technologie de l'information. • Faciliter l'établissement d'un dépôt provincial de données sur la santé.	Technologie de l'information • Assurer les fonctions de gestion quotidienne relativement à l'exploitation et à l'entretien des systèmes de technologie de l'information, y compris la gestion des données (transfert au moment opportun des données au dépôt provincial des données), entretien du réseau, outils électroniques de bureau, acquisition de logiciels et de matériel, soutien aux utilisateurs, etc. • Effectuer la mise au point et la mise en œuvre des systèmes conformément à la stratégie et aux normes provinciales du système d'information.

7. Communication

Ministre de la Santé et du Mieux-être	**Régies régionales de la santé**
Communiquer la situation globale du système de santé à l'ensemble de la population • Plan d'activités provincial.	Établir une stratégie de communication continue avec la population dans la région pour faciliter sa participation aux soins de santé.

Pour atteindre une efficacité et une efficience plus grandes, le ministre de la Santé et du Mieux-être et les régies régionales de la santé devraient explorer la centralisation de certaines activités administratives qui, autrement, sont déléguées aux huit régions proposées. Pour éviter le double emploi et augmenter l'efficience, certaines fonctions relevant des services de soutien généraux comme les ressources humaines et le personnel, la technologie de l'information, la gestion du matériel et les services financiers et comptables pourraient relever d'un organisme de service spécial ou d'une société provinciale.

Les fonctions provinciales devront être établies de manière à ne pas entraver la souplesse de gestion et l'innovation dont devront faire preuve les régies régionales de la santé pour créer une prestation de services optimale dans chaque collectivité. L'uniformisation aura toutefois une incidence sur cette souplesse en faisant en sorte que les régies fournissent des services cohérents et acceptables. Le regroupement de fonctions provinciales ne devrait pas empêcher les régies régionales de la santé de développer des capacités stratégiques à l'intérieur des fonctions de service général qui doivent être présentes au palier régional dans le cadre de la gestion de la régie régionale de la santé. La feuille de paie, les achats, les normes de la technologie de l'information et l'intégrité des données ainsi que les comptes créditeurs et débiteurs sont des exemples des fonctions qui pourraient être regroupées sous une entité administrative provinciale.

Conformément au statut bilingue du Nouveau-Brunswick, l'entité administrative provinciale doit pouvoir servir les régies régionales de la santé et interagir avec elles dans les deux langues officielles à tous les niveaux opérationnels.

Pour décider de l'emplacement de l'entité administrative provinciale, les retombées économiques dans différents lieux potentiels de la province devraient être prises en considération.

La description qui précède des responsabilités du ministre de la Santé et du Mieux-être et des régies régionales de la santé vise à préciser les rôles qu'exerceront dans l'avenir ces deux paliers du système de santé. L'efficacité des rapports redditionnels dépend d'une bonne compréhension de ces rôles et responsabilités. Les rapports redditionnels doivent également être appuyés par des attentes en matière de rendement qui sont précises et acceptées, des ressources suffisantes, un pouvoir d'agir et des mesures de suivi, y compris des récompenses et des sanctions.

5.3 Responsabilités des directeurs généraux des régies régionales de la santé

Le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé croit fermement que le rôle du directeur général est crucial pour la réussite de l'établissement des régies régionales de santé. Les personnes qui se voient confier un tel rôle deviendront les principaux agents de changement dans le renouvellement du système de santé au palier régional. L'étendue des services à gérer par les régies régionales de la santé exigera une liaison étroite avec les autres services publics présents dans la région comme les écoles, les bureaux du gouvernement provincial et les administrations locales, ainsi qu'une multitude d'organismes à but non lucratif et du secteur privé. Le directeur général devra s'assurer que ces liens sont établis le plus tôt possible.

En plus de ses recommandations voulant que les directeurs généraux soient nommés par les conseils des régies régionales de la santé et relèvent directement de ces conseils, le Conseil recommande que le directeur général :

- Soit chargé de la gestion et de la conduite générales des activités de la régie régionale de la santé.
- Établisse des plans stratégiques en collaboration avec le conseil, en se basant sur les meilleurs éléments de preuve disponibles, pour répondre aux besoins de la population et atteindre les résultats souhaités.
- Dirige les activités opérationnelles de la régie régionale de la santé afin d'atteindre les buts et les objectifs du plan de santé régional approuvé par le conseil.
- Dirige et coordonne les activités pour aboutir à une utilisation optimale des ressources financières, matérielles et humaines.
- Crée un continuum homogène des services de santé pour la région, y compris l'amélioration continue de la prestation des services de santé primaires.
- Maintienne une conception organisationnelle et une approche de la prestation des services qui sont conformes à l'orientation générale et aux objectifs stratégiques de la régie régionale de la santé.
- Collabore avec les intervenants régionaux (citoyens, organismes non gouvernementaux, professionnels des soins de santé, organismes du gouvernement) afin d'améliorer les résultats de la santé pour les citoyens de la région.
- Travaille avec le conseil pour assurer la promotion du plan de santé du Nouveau-Brunswick.
- Fournisse au conseil de l'information opportune, globale et fondée sur des preuves.
- Comprenne les caractéristiques de la région et assure une évaluation constante de la satisfaction du public.
- Représente la régie régionale de la santé dans les relations avec les autres paliers de gouvernement, les autres régies régionales de la santé, les organisations de soins de santé, les associations et groupes professionnels et les fonctionnaires.
- Travaille avec les intervenants mentionnés pour établir une culture d'amélioration continuelle au sein du système de santé.

5.4 Comité consultatif professionnel

Comme il est mentionné précédemment, le Conseil recommande l'établissement, dans chaque régie régionale de la santé, d'un comité consultatif professionnel pour conseiller le conseil régional de la santé. Le mandat du comité sera de fournir des conseils sur :

- La prestation globale des services cliniques, y compris les normes de soins
- Les critères d'admission et de sortie (admissibilité)
- L'assurance de la qualité et la gestion des risques
- Toute autre question dont le conseil peut saisir le comité.

Le comité devrait être composé de représentants employés par la régie régionale de la santé provenant des différentes professions de la santé qui servent la collectivité et les secteurs des établissements de santé, et ses membres seraient nommés conformément aux règlements administratifs de la régie.

5.5 Comité consultatif médical

Conformément aux règlements afférents à la *Loi hospitalière*, le Conseil recommande le maintien du comité consultatif médical, dont le mandat est de fournir des conseils sur les questions et les processus globaux en matière de soins cliniques au conseil (dans ce cas-ci, le conseil régional de la santé). Le comité se penche principalement sur des questions ayant trait au personnel médical et dentaire, soit les titres de compétences, les privilèges et les examens par les pairs.

5.6 Processus et outils de gestion efficaces de la reddition de comptes

Le cadre redditionnel proposé comprend aussi des processus et des outils de gestion. Ce sont des instruments clés pour assurer l'efficacité de la reddition de comptes. Les systèmes de mesure du rendement et de gestion échouent lorsque les processus et outils de gestion de la reddition de comptes ne peuvent assurer la discipline et la rigueur requises pour développer une culture d'innovation et d'amélioration continue.

Le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé estime que les activités qui suivent sont essentielles à la mise en œuvre d'un processus d'amélioration continue.

- Établir des objectifs et des indicateurs du rendement qui sont mesurables et axés sur les résultats.
- Choisir des stratégies.
- Prendre des mesures et suivre les progrès.
- Faire rapport sur les résultats.
- Évaluer les résultats.
- Maintenir ou modifier la ligne de conduite.

Les activités énumérées doivent être réalisées aux paliers provincial et régional. Les régies régionales de la santé doivent participer activement aux activités d'amélioration continue liées au rendement du système de santé provincial. Cette approche aidera les régies à assurer la continuité du point de vue provincial dans leurs régions respectives et à garantir ainsi l'uniformité entre les priorités des deux paliers, ce qui devrait au bout du compte favoriser un climat de collaboration plutôt que la concurrence. Le processus d'amélioration continue doit être assez souple pour permettre la prise de mesures rapides lorsque des changements immédiats sont requis.

Le Conseil a déterminé un certain nombre de processus grâce auxquels la reddition de comptes peut être assurée dans les domaines de la planification, du financement, du rendement et de la communication. Les voici.

5.7 *Planification et établissement des priorités*

- Vision du Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé pour le système de santé
- Initiation des conseils des régies régionales de la santé et des ministères (Santé et Mieux-être et Services familiaux et communautaires)
- Outils d'évaluation des besoins en matière de santé
- Plan de santé provincial
- Plans de santé régionaux, y compris
  - Principaux points
  - Objectifs
  - Hypothèses
- Plans provincial et régionaux de ressources humaines
- Plans provincial et régionaux de technologie de l'information
- Centres de responsabilité provinciaux et régionaux pour les pratiques exemplaires et l'innovation et l'amélioration continue.
- Forums de planification continue des systèmes régionaux et provinciaux fondés sur des preuves pour déterminer les priorités et assurer la collaboration à tous les niveaux :
  - Groupe de planification du système de santé global (sous-ministre de Santé et Mieux-être, présidents des conseils des régies régionales de la santé et directeurs généraux des régies)
  - Groupes consultatifs cliniques par programme ou spécialité
  - Coordination provinciale des ressources humaines (négociations collectives, relations employeur-employés, modes de rémunération, formation, description des tâches, feuille de paie, etc.)
  - Coordination provinciale de la technologie de l'information (normes des logiciels et du matériel des systèmes d'information, intégrité des données, etc.)

- Groupes de travail sur la gestion de l'utilisation des services de santé
- Inventaires des fournitures et de l'équipement, technologie médicale et planification de l'espace physique

- Forum régional interministériel pour les groupes comme :
  - administrateurs
  - cliniciens
  - services de soutien
- Comités consultatifs sur des sujets précis auprès du conseil de la régie régionale de la santé
- Mesures législatives et politiques

5.8 Financement

- Les budgets provinciaux et les budgets des régies régionales de la santé affectent un pourcentage minimal de financement aux systèmes d'information, à la prévention et à la promotion, à la formation et au perfectionnement des ressources humaines, à l'innovation et à la recherche.
- Ententes de services entre les régies régionales de la santé, les foyers de soins et les organismes non gouvernementaux, y compris le financement des services établis selon les normes provinciales.
- Mécanisme de financement entre le ministère des Services familiaux et communautaires et les foyers de soins pour les projets de dépenses d'immobilisations.
- Ententes de financement protégées pour des programmes particuliers ou des organismes non gouvernementaux.
- Financement annuel par le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'institut provincial de recherche en santé[1] en échange d'études ou de recherches précises convenues par le ministère de la Santé et du Mieux-être, les régies régionales de la santé et l'institut.
- Processus budgétaires régionaux et provinciaux (planification et surveillance financières, etc.).

5.9 Mesure du rendement

- Mesure du rendement du système de santé – tous les services de santé (carte de pointage équilibrée[2])
- Évaluation de la politique sur la santé
- Recherches sur l'utilisation des services de santé
- Recherches sur les déterminants sociaux
- Recherches sur l'état de santé de la population
- Lien avec le programme des résultats généraux du gouvernement
- Publication des résultats d'enquêtes menées auprès de collectivités

- Pénalités et mesures correctrices pour les cas de non-conformité au plan de santé provincial et récompenses pour les résultats exceptionnels. Les circonstances qui justifient de telles mesures doivent être comprises à l'avance – les attentes sont précises.
- Institut provincial de recherche en santé[3] (tierce partie) qui fournit des preuves pour orienter et appuyer l'élaboration de plans de santé provinciaux et régionaux (analyse de l'utilisation des services et évaluation des politiques)
- Ministère de la Santé et du Mieux-être et régies régionales de la santé chargés de recueillir les données et de les communiquer à l'institut de recherche en santé
- Bulletin de santé provincial[4]
- Charte des droits et responsabilités[5]

5.10 Communication

- Mécanisme de consultation et d'avis publics
- Déclarations publiques régulières du ministre de la Santé et du Mieux-être et des régies régionales de la santé pour accroître la sensibilisation à la perspective de la santé
- Rapports sur la santé de la population par l'institut provincial de recherche en santé
- Rapports annuels du ministère de la Santé et du Mieux-être et des régies régionales de la santé
- Publication des résultats d'enquêtes menées auprès des collectivités
- Publication du plan d'activités triennal
- Publication trimestrielle de chaque régie régionale de la santé

5.11 Liens avec le ministère des Services familiaux et communautaires

Comme il est proposé, les régies régionales de la santé seront chargées de la prestation des services de soins de longue durée, ce qui demandera une planification et une coordination communes avec le ministère des Services familiaux et communautaires.

Cette planification commune exigera que les parties des plans annuels et des plans triennaux des régies régionales de la santé concernant les services de soins de longue durée soient approuvés par le ministre des Services familiaux et communautaires, ce que recommande le Conseil.

Il faut revoir les activités du personnel régional du ministère des Services familiaux et communautaires qui participe à la prestation des services de soins de longue durée pour déterminer s'il y a lieu de muter du personnel aux régies régionales de la santé. Le personnel du bureau central continuera de fonctionner sous l'autorité du ministère des Services familiaux et communautaires et soutiendra le travail des régies régionales de la santé en établissant des normes, en assurant la surveillance du rendement, en fournissant des connaissances spécialisées sur les pratiques exemplaires en matière de soins de longue durée, en assurant l'inspection des foyers de soins et en délivrant des permis à ces établissements.

Le ministère des Services familiaux et communautaires fournira les fonds nécessaires aux régies régionales de la santé pour qu'elles puissent offrir l'ensemble de services convenus, y compris l'achat de services de foyers de soins. Les niveaux de financement doivent être fondés sur un ensemble approuvé de normes de service provinciales, établies en commun par le ministère des Services familiaux et communautaires et les régies régionales de la santé.

Le ministre des Services familiaux et communautaires doit rendre compte au gouvernement du programme global des soins de longue durée. À ce titre, le ministre surveillera et évaluera le rendement des régies régionales de la santé relativement à la prestation des services de soins de longue durée. En conséquence, les conseils des régies régionales de la santé doivent rendre compte au ministre des Services familiaux et communautaires de la prestation des services de soins de longue durée.

5.12 Conclusion

En résumé, le cadre redditionnel proposé par le Conseil indique que les rapports redditionnels sont définis par la structure (rôles, responsabilités et lignes hiérarchiques autorisés), exigent des processus de soutien (attentes précises, surveillance, rapports et mesures de suivi) et mettent l'accent sur les résultats.

1 Présenté plus loin dans le rapport.

2 Présenté plus loin dans le rapport.

3 Présenté plus loin dans le rapport.

4 Présenté plus loin dans le rapport.

5 Présenté plus loin dans le rapport.

6.0 Bulletin de santé du Nouveau-Brunswick

6.1 Introduction

Les recommandations du Conseil concernant l'élaboration d'un bulletin de santé pour le Nouveau-Brunswick sont générales et visent à offrir une orientation globale.

Les idées et les concepts avancés par le Conseil découlent d'un examen approfondi des pratiques exemplaires et des expériences réussies ayant cours ailleurs dans le domaine des rapports publics sur le rendement du système de santé, l'état de santé de la population et les déterminants sociaux de la santé. Les conseils éclairés que nous avons reçus au cours de discussions tenues avec des universitaires, des chercheurs en santé, des consultants en technologie de l'information et des fonctionnaires fédéraux et provinciaux qui s'occupent d'activités de mesure du rendement dans le secteur de la santé se sont avérés inestimables pour guider les membres du conseil dans un domaine très spécialisé.

Un bulletin de santé réussi et crédible est tributaire de l'accessibilité et de l'intégrité des données. Les experts ont averti le Conseil qu'il faut au minimum des données portant sur trois à cinq ans pour être en mesure de correctement interpréter et pondérer les résultats sur le rendement. Pour relever le défi, il ne faut que du temps. La crédibilité et l'exactitude du bulletin de santé s'amélioreront au fur et à mesure de l'évolution du système de santé vers des soins homogènes, évolution qui, justement, sera soutenue par le bulletin.

Les experts ont clairement souligné l'importance, pour l'intégrité et la crédibilité du bulletin de santé, de l'impartialité et de la perception d'impartialité aux yeux du public. Le Conseil propose comme solution la mise sur pied au Nouveau-Brunswick d'une organisation indépendante de recherche en santé, qui est décrite plus loin dans le chapitre. En plus de produire le bulletin, cette organisation sous-tendra la reddition de comptes en matière de soins de santé en évaluant les changements dans la pratique, les programmes et l'état de santé de la population du Nouveau-Brunswick.

6.2 But

Conformément à l'orientation générale de la vision du Conseil, le bulletin de santé du Nouveau-Brunswick doit s'efforcer de :

- Informer le public au sujet du rendement du système de santé, y compris les normes de santé, l'état de préparation futur, l'éducation des dispensateurs de soins de santé, l'utilisation de la recherche ainsi que les progrès futurs réalisés dans les projets prioritaires (élaboration des soins primaires, intégration de tous les services de santé, accès des médicaments sur ordonnance et utilisation de ces médicaments, etc.).
- Informer et éduquer le public au sujet de l'état de santé de la population du Nouveau-Brunswick et des facteurs qui nuisent à une bonne santé.

- Aider le gouvernement ainsi que les gestionnaires et les dispensateurs du système de santé dans l'élaboration de politiques sur la santé, la planification et l'évaluation du système de santé et les décisions en matière de prestation de services.

6.3 Auditoire cible

Le bulletin de santé est un véhicule grâce auquel le Nouveau-Brunswick peut échanger de l'information sur la santé de sa population et le rendement de son système de santé avec de nombreux intervenants, dont les dispensateurs de soins de santé, les gestionnaires du système de santé et le milieu de la recherche. Le Conseil reconnaît, toutefois, que le principal auditoire cible devrait être les citoyens de la province.

6.4 Surveillance du rendement

Tous les gouvernements provinciaux du Canada font face à des pressions accrues en ce qui concerne leur système de santé. Aux yeux d'un public de plus en plus exigeant, le gouvernement est responsable du rendement d'un système de soins de santé malmené par des coûts à la hausse, des pénuries de professionnels et des questions d'accès. À l'interne, les attentes sont élevées. Les responsables élus veulent que les gestionnaires et les dispensateurs du système de santé offrent des services améliorés tout en maîtrisant les coûts, tandis que, de leur côté, les gestionnaires et les dispensateurs veulent les outils et les systèmes qui leur permettent de prendre les décisions appropriées, de fonctionner de manière efficace et de mieux répondre aux besoins de la population. Il faut des informations factuelles, fondées sur des preuves, pour prendre de bonnes décisions à tous les niveaux du système de santé.

À l'automne 2000, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sont parvenus à une entente visant à élaborer une base commune aux fins de surveillance du rendement des systèmes de santé partout au pays et de rapport au public. Les premiers ministres ont demandé aux ministres de la santé de :

- Prévoir la diffusion régulière par chaque gouvernement de rapports sur les programmes et services de santé qu'ils offrent, le rendement du système de santé et les progrès réalisés dans l'atteinte des priorités mentionnées précédemment.
- Collaborer à la conception d'un cadre complet, incluant des indicateurs comparables mutuellement acceptés, de sorte que les gouvernements pourront commencer à rendre compte de leurs activités d'ici septembre 2002. Ces indicateurs comparables porteront sur les éléments suivants :
  - l'état de santé (p. ex., espérance de vie, mortalité infantile, faible poids à la naissance, personnes qui se disent en excellente santé);
  - les résultats en matière de santé (p. ex., changement dans l'espérance de vie, amélioration de la qualité de vie, réduction du fardeau associé aux maladies);
  - la qualité du service (p. ex., temps d'attente pour les services clés de diagnostic et de traitement, satisfaction des patients, admissions subséquentes à l'hôpital, accès 24/7 aux services de santé de premier contact, soins à domicile et dans la collectivité, pertinence des activités de surveillance, de protection et de promotion de la santé).

Le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé voit le projet de mesure du rendement fédéral-provincial-territorial comme une occasion pour le Nouveau-Brunswick de développer sa capacité de mesure des services de santé et de comparer ses résultats avec ceux d'autres gouvernements. Certains des indicateurs que propose le Conseil rejoignent ceux contenus dans l'entente fédérale-provinciale-territoriale de septembre 2000.

Au Nouveau-Brunswick, des efforts sont en cours pour doter la province de la capacité de surveiller le rendement du système de santé, en particulier dans le secteur hospitalier. En 1999, le ministère de la Santé et du Mieux-être et les corporations hospitalières ont uni leurs efforts dans le but d'élaborer un système de mesure du rendement qui fait appel à un ensemble équilibré d'indicateurs pour mesurer la qualité et la viabilité du système des hôpitaux régionaux. Le système de mesure, qui est une carte de pointage équilibrée, est nécessaire pour appuyer l'amélioration continue du rendement et une meilleure reddition de comptes des hôpitaux régionaux en permettant l'évaluation du rendement fondée sur des preuves. Les domaines d'intérêt comprennent les activités financières, cliniques et non cliniques, l'intégration et l'apprentissage du système, et la satisfaction des patients et des collectivités.

Selon les travaux sur la mesure du rendement de l'Association des hôpitaux de l'Ontario et de l'Université de Toronto, la distinction entre le bulletin de santé et la carte de pointage équilibrée tient à deux éléments : le niveau de l'analyse et l'auditoire visé. Selon leur modèle, un bulletin de santé est un ensemble d'indicateurs de haut niveau établis en fonction des intervenants externes. Une carte de pointage équilibrée est un rapport plus détaillé comprenant un ensemble d'indicateurs conçus en fonction des besoins opérationnels des intervenants internes comme les gestionnaires et les dispensateurs de soins.

À la lumière de son propre examen des travaux réalisés sur le projet de carte de pointage équilibrée, le Conseil recommande que cette approche de la mesure soit élargie pour englober tous les services et programmes qui seront ultérieurement gérés par les régies régionales de la santé (services de santé publique, services de santé mentale, soins de longue durée, etc.), ce qui devient essentiel pour la gestion d'une prestation de services intégrée et continue.

La mesure du rendement au moyen de la carte de pointage équilibrée vise à combler le besoin d'une surveillance et de rapports internes. Bien qu'il ne serve habituellement pas à faire rapport au public, ce système de mesure exige une gestion de données rigoureuse qui fournit une base de données plus complète et plus fiable pour l'élaboration du bulletin de santé provincial, dans la mesure où il a trait au rendement du système de santé.

6.5 Cadre

Conformément à sa vision pour le Nouveau-Brunswick, le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé est d'avis que la population doit être informée sur le rendement du système des soins de santé, l'état de santé de la population et les facteurs sociaux qui influent sur la santé.

Une telle position rejoint le mandat du ministère de la Santé et du Mieux-être, qui est centré sur le mieux-être aussi bien que sur la maladie. Cette position rejoint également l'approche adoptée dans l'entente fédérale-provinciale-territoriale. Une telle cohérence est nécessaire pour que le Nouveau-Brunswick puisse établir des comparaisons avec les autres gouvernements provinciaux.

6.5.1 Dimensions de la mesure du rendement

Le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé recommande que le bulletin de santé couvre quatre dimensions particulières :

- les déterminants sociaux de la santé;
- l'état de santé de la population du Nouveau-Brunswick;
- le rendement du système des soins de santé du Nouveau-Brunswick;
- les caractéristiques de la collectivité et du système de santé.

Un certain nombre d'indicateurs sont possibles pour chaque dimension. Le tableau qui suit illustre les catégories mises de l'avant par le Conseil pour chaque dimension proposée :

Déterminants sociaux de la santé	État de santé de la population	Rendement du système de santé	Caractéristiques de la collectivité et du système de santé
• Comportements liés à la santé • Conditions de vie et de travail • Ressources personnelles • Facteurs environnementaux	• Problèmes de santé • Fonction humaine • Bien-être • Décès	• Acceptabilité • Accessibilité • Caractère approprié • Compétence • État de préparation futur • Efficacité • Efficience • Sécurité	• Données démographiques • Dépenses du système de santé • Santé personnelle • Volumes de services

Le menu des indicateurs publiés dans le bulletin de santé variera d'une publication à l'autre. Le Conseil a pris en compte les éléments de la vision qu'il propose pour déterminer les indicateurs prioritaires. Bien qu'il se préoccupe de l'incapacité de recueillir des données en quantité suffisante au cours des premières années pour produire un bulletin fiable, le Conseil a tout de même dressé la liste qui suit d'indicateurs possibles :

Déterminants sociaux de la santé

- Modes de vie
  - Taux de dépendance (tabac, alcool, drogues, jeux de hasard)
  - Activité physique
  - Nutrition et régime alimentaire
- Éducation
- Emploi ou chômage
  - Répartition de l'état d'emploi (à temps plein, à temps partiel, saisonnier)
  - Conditions d'emploi (sécurité d'emploi, avantages sociaux, options en matière de retraite, etc.)
  - Répartition de l'état de chômage (assurance-emploi, aide au revenu)

- Développement de la petite enfance (disponibilité des programmes visant la santé des enfants, maturité scolaire, etc.)
- Environnement
  - Règlements et application
  - Suivi de la gestion de la qualité – eaux, air, sol, etc.
  - Exposition à des substances toxiques, intégrité écologique, utilisation de pesticides, recyclage, conservation des marais, etc.
- Taux de criminalité et autres statistiques juridiques, y compris :
  - Incidents de violence familiale
  - Agressions sexuelles
- Niveaux de revenu et de pauvreté
  - Groupes (familles monoparentales, personnes âgées de 65 ans ou plus, etc.)

État de santé de la population

- Obésité (indice de masse corporelle par âge et par sexe)
- Taux d'invalidité (fonctions perdues, absentéisme - jours de travail perdus)
- Condition physique de la population
- Améliorations dans l'état de santé de la population
- Mortalité prématurée
- Incidence des maladies évitables (diabètes, hypertension, etc.)
- Incidence des maladies (maladies cardiaques, cancer, sida, dépression, maladie d'Alzheimer, arthrite, etc.)
- Auto-évaluation de l'état de santé, estime de soi et qualité de vie

Rendement du système de santé

- Accès aux services de soins primaires
  - Accès 24/7
  - Intégralité
- Satisfaction des patients et de la population, niveau de confiance dans le système
- Accès aux services dans la langue de son choix (nombre de plaintes)
- Taux de satisfaction des dispensateurs, évaluation du moral du personnel, roulement annuel du personnel
- Temps d'attente pour voir un spécialiste et délai entre le spécialiste et le traitement selon les soins recherchés
- Intervention en temps opportun
- Liste d'attente pour une source de soins secondaires ou tertiaires

- Pourcentage d'utilisation de soins tertiaires par région
- Temps d'attente pour avoir accès à des soins tertiaires par région (index des soins tertiaires)
- Projets et cliniques de promotion et de prévention en matière de santé (p. ex., examens physiques annuels)
- Rendement des régies régionales de la santé (RRS) en matière de gestion financière
- Sensibilité des RRS aux besoins de la collectivité
- Budget global de la santé et ventilation des coûts par programmes et services

Caractéristiques de la collectivité et du système de santé

- Recrutement et maintien des ressources professionnelles
- Profil de l'assurance-médicaments par région
- Éducation, capacité de recherche, fonds obtenus pour la recherche
- Données sur l'âge par province et par région
- Budget global de la santé par programme et comparaisons d'une année à l'autre
- Description et nombre de centres de soins primaires, secondaires et tertiaires
- Suivi des volumes et des habitudes d'utilisation des services d'urgence et des centres de santé communautaire (fins de semaine, soirs), progrès dans l'accessibilité des services appropriés
- Nombre de programmes de prévention et de promotion par région

Le perfectionnement de la liste, en particulier le choix des indicateurs, nécessitera l'aide de spécialistes des indicateurs et de chercheurs en santé de l'institut de recherche proposé.

6.5.2 Niveaux de comparaison

Le cadre d'indicateurs proposé rejoint les autres initiatives provinciales et nationales de mesure du rendement. En adoptant une approche similaire, le Nouveau-Brunswick sera mieux en mesure d'informer ses citoyens sur le rendement de son système de santé et l'état de santé de sa population par rapport aux autres régions du pays. De plus, comme d'autres rapports publics émanant de sources externes (organismes de recherche fédéraux ou provinciaux, etc.) dressent souvent le portrait du Nouveau-Brunswick, le cadre que propose le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé permettra au Nouveau-Brunswick d'interpréter les constatations contenues dans de tels rapports en fonction d'un complément de recherche menée dans le contexte provincial.

L'information contenue dans le bulletin de santé devrait comprendre des comparaisons à différents niveaux : national (Nouveau-Brunswick c. moyenne nationale, autres provinces), provincial (à l'échelle de la population, du système) et régional (par collectivité et par régie régionale de la santé). Le Conseil reconnaît que, durant leur première année de fonctionnement, les régies régionales de la santé concentreront leurs efforts sur les questions de mise en œuvre. En conséquence, il est préférable que les mesures du rendement du système de santé soient d'abord communiquées sur une échelle provinciale. Ce n'est qu'une fois les régies régionales de la santé pleinement fonctionnelles que des comparaisons dans le rendement des services régionaux pourront servir à déterminer les pratiques exemplaires et mener à des modifications du plan de santé provincial.

6.5.3 Normes sur la qualité des soins de santé

Le mandat du Conseil précise que le bulletin de santé du Nouveau-Brunswick doit aussi englober les normes sur la qualité des soins de santé afin que la population du Nouveau-Brunswick sache ce qu'elle peut attendre du système de santé, en particulier dans le contexte de l'accès aux services. La mesure du rendement par rapport à ces normes soutiendra la mise en œuvre de la Charte des droits et des responsabilités du patient et, au fil du temps, son efficacité.

Des normes peuvent être déterminées dès maintenant (p. ex. délais d'intervention et niveaux de formation pour les services d'ambulance). Toutefois, l'établissement de normes qui sont atteignables et réalisables et qui reflètent véritablement des soins appropriés exigera beaucoup plus d'information au sujet du rendement actuel du système de santé. Les normes seront établies au fur et à mesure de la collecte et de l'évaluation de données exactes par l'institut de recherche indépendant.

6.6 Caractéristiques et défis de la conception

6.6.1 Caractéristiques de la conception

Pour assurer la mise en œuvre d'un bulletin de santé valable, le Conseil recommande :

- Que le contenu soit sensible aux besoins de l'auditoire cible, qui est le public.
- Que l'information se rapporte au contexte communautaire régional et local et à la province dans son ensemble.
- Que le bulletin mesure des facteurs reliés à une bonne santé et à de bons soins de santé.
- Que chaque publication du bulletin de santé se concentre sur quelques indicateurs au lieu de tout mesurer et communiquer à la fois (moins de 10).
- Que le contenu varie d'une publication à l'autre et présente des indicateurs à court terme et à long terme.
- Que l'information fasse état de résultats positifs et négatifs, l'information sur les résultats négatifs devant donner lieu à une action (une indication de ce qui sera fait pour améliorer les résultats).

- Que l'information au sujet de la qualité des soins et des résultats soit facile à comprendre.
- Que différents moyens de communication soient employés, y compris la technologie Web, pour susciter l'engagement de la majorité du public.
- Que l'élaboration du bulletin s'appuie sur une approche incorporant les pratiques exemplaires (profiter de l'expérience d'autres instances en matière de bulletin de santé public).
- Que l'impartialité et la perception d'impartialité demeurent cruciales pour l'intégrité et la crédibilité du bulletin de santé du Nouveau-Brunswick. Le gouvernement doit éviter de faire sa propre promotion et devrait confier la production du bulletin à un tiers indépendant (l'institut de recherche).

Au minimum, le bulletin de santé devrait être publié annuellement. Le Conseil recommande de plus que des rapports trimestriels soient produits pour traiter des questions opportunes concernant l'état de santé de la population et le rendement du système de santé.

6.6.2 Défis

La question de l'étendue limitée de la collecte de données doit être traitée. Le ministère de la Santé et du Mieux-être recueille déjà des données sur le rendement du système des soins de santé et données épidémiologiques. En revanche, les données reliées aux déterminants de la santé, tels que les niveaux de revenu, les conditions du milieu, les niveaux de scolarité, l'emploi et les conditions de travail, ne sont pas régulièrement examinées pour voir quels sont leurs liens avec l'état de santé de la population du Nouveau-Brunswick ou ne sont pas utilisées par d'autres ministères pour les guider dans les changements de politiques publiques qui touchent à la santé. Des ressources additionnelles sont nécessaires pour étendre la gamme des données recueillies; ces données sont essentielles pour comprendre l'action réciproque complexe des nombreux facteurs qui influent sur l'état de santé et l'efficacité de la prestation des soins de santé au Nouveau-Brunswick.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être et le ministères des Services familiaux et communautaires doivent affecter des ressources additionnelles pour perfectionner les bases de données sur la santé et établir des liens entre elles de façon à permettre le suivi des cas individuels dans les différentes bases de données.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a également un besoin immédiat de ressources additionnelles pour assurer l'intégralité et la qualité de la collecte de données actuelles, en particulier les lacunes dans les soins ambulatoires, les soins postactifs et les soins communautaires, de façon à assurer l'utilité des données pour le bulletin de santé proposé.

6.6.3 Première publication

Le bulletin de santé devrait être publié au moins une fois par année après que les régies régionales de la santé auront commencé à gérer la prestation des services de santé (première publication au printemps 2003). Étant donné que l'obtention de données valides susceptible de demeurer une question cruciale durant un certain temps, la première publication pourrait porter sur les progrès réalisés dans l'établissement des régies régionales de la santé et la prestation homogène des services d'un programme de santé à l'autre. L'information aisément disponible en ce qui a trait à la santé de la population et aux déterminants sociaux de la santé devrait aussi être incorporée à la première publication. Au fur et à mesure que les preuves s'accumulent par la recherche et d'autres moyens, les publications subséquentes du bulletin de santé devraient pouvoir présenter des constatations relatives aux déterminants sociaux de la santé, l'état de santé de la population ainsi que les tendances émergentes et les liens entre celles-ci et le rendement du système de santé.

6.7 Recherche en santé : Information objective et fondée sur des preuves

Le bulletin de santé du Nouveau-Brunswick doit être perçu comme un outil d'évaluation objectif. Les expériences vécues ailleurs ainsi que les récentes publications sur le sujet des bulletins révèlent qu'il est préférable qu'un tiers indépendant soit chargé de l'élaboration et de la publication du bulletin de santé.

La vision du gouvernement en matière de santé et de mieux-être dépasse la prestation de soins de santé. En vue d'évaluer l'état de santé des Néo-Brunswickois et l'efficacité du réseau de santé, il faut recueillir des données non seulement auprès du ministère de la Santé et du Mieux-être mais aussi auprès d'autres ministères et organismes possédant de l'information reliée aux déterminants sociaux de la santé. La production du bulletin de santé du Nouveau-Brunswick exige que les relations entre les différentes données fassent l'objet d'une enquête approfondie afin de déterminer pourquoi de telles relations existent.

Le Nouveau-Brunswick n'a pas un organisme de recherche en santé capable de présenter de telles constatations au sujet des quatre dimensions du cadre proposé de mesure du rendement.

Comme il est énoncé dans le rapport du Comité d'étude sur les services de santé, tracer la voie du système des soins de santé nécessite un accès facile à de l'information pertinente sur les tendances et les questions actuelles et émergentes dans le domaine de la santé. Cet accès est essentiel pour tous les intervenants, y compris le ministère de la Santé et du Mieux-être, le ministère des Services familiaux et communautaires, les régies régionales de la santé, les professionnels de la santé et le public.

Le Conseil est convaincu que l'information fiable nécessaire à l'élaboration de politiques et de services fondés sur des preuves doit venir d'une organisation indépendante, crédible et très en vue dont le principal centre d'intérêt est la recherche, l'analyse et la discussion d'un large éventail de questions liées à la qualité et au rendement dans le système de santé. De plus, le Conseil est convaincu que cette organisation doit conserver son indépendance par rapport à toute partie qui intervient directement dans la prestation et la gestion des soins de santé. Comme il est déclaré dans le rapport Fyke (Commission sur l'assurance-maladie de la Saskatchewan), ***une telle organisation doit conserver une voix indépendante, et ses vues et ses conclusions ne doivent pas être compromises par les imprévus et les pressions de tous les jours.***

Le tiers indépendant ou l'institut de recherche serait chargé de la publication du bulletin de santé et mandaterait divers intervenants pour des activités de recherche, de conception et de publication. Les données seraient obtenues de sources gouvernementales internes (système de santé et autres ministères, y compris Services familiaux et communautaires, Environnement et Gouvernements locaux ainsi que Finances) et de sources externes (Statistique Canada, organisations de santé non gouvernementales, universités, etc.).

À l'heure actuelle, le Nouveau-Brunswick est la seule province canadienne à ne pas avoir une organisation provinciale de recherche en santé et à ne pas investir des sommes importantes dans la recherche en santé, ce qui le place dans une position désavantageuse. Le Conseil exhorte le gouvernement provincial à investir des sommes importantes en vue de constituer la capacité de recherche dont nous avons tant besoin afin que nous puissions avoir « des solutions élaborées au Nouveau-Brunswick découlant de recherches faites au Nouveau-Brunswick ».

La proposition du Conseil pour un institut de recherche en santé est la suivante :

Nom proposé

New Brunswick Health Research Institute (NBHRI) / Institut de recherche en santé du Nouveau Brunswick (IRSNB)

Rôle

- Accroître la capacité de recherche en santé du Nouveau-Brunswick en regroupant et en soutenant les chercheurs et les activités de recherche en santé actuelles et nouvelles dans la province (le « cœur » de la recherche en santé).
- Fournir au gouvernement, aux dispensateurs, au milieu de la recherche et au public des informations pertinentes (fondées sur des preuves) sur les tendances et les questions actuelles et émergentes en matière de santé.
- Mener des recherches sur l'état de santé des Néo-Brunswickois, le rendement du système de santé et les déterminants généraux de la santé, et communiquer les constatations par l'entremise de divers médias, notamment la publication du Bulletin de santé du Nouveau-Brunswick.
- Établir des liens, le cas échéant, avec d'autres organismes gouvernementaux responsables des déterminants clés de la santé ainsi qu'avec d'autres organismes provinciaux et nationaux de recherche en santé.
- Informer les chercheurs en santé de la province au sujet des questions importantes de la recherche en santé.

Autres fonctions possibles

- Servir de dépôt de données pour les données recueillies par Santé et Mieux-être, les régies régionales de la santé et d'autres ministères pertinents, et faire en sorte que ces données sont communiquées au milieu de la recherche en appliquant des mesures de confidentialité appropriées.
- Stimuler la recherche en santé au Nouveau-Brunswick en participant à l'obtention de fonds de différents paliers de gouvernement et à l'affectation de ces fonds aux priorités visées en matière de recherche.
- Augmenter le rendement et la capacité de recherche au Nouveau-Brunswick en orientant en fonction d'importantes questions de recherche en santé des subventions de recherche ciblées obtenues de divers organismes gouvernementaux et non gouvernementaux comme les Instituts de recherche en santé du Canada, la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, la Fondation des maladies du cœur du Canada et l'Association canadienne du diabète.

Distinction entre le rôle de l'institut et le rôle du ministère de la Santé et du Mieux-être

Selon le modèle proposé par le Conseil, le futur rôle du ministre/ministère de la Santé et du Mieux-être peut être résumé ainsi :

- Établir des politiques des objectifs et des normes visant le système de soins de santé provincial (en collaboration avec les régies régionales de la santé).
- Surveiller et évaluer le rendement du système des soins de santé, y compris les programmes et services de santé offerts par les régies régionales de la santé
- Financer le système des soins de santé.
- Recueillir des données et les faire parvenir à l'institut en appliquant les précautions nécessaires en matière de confidentialité.

Pour s'acquitter de telles fonctions de manière efficace, le ministère de la Santé et du Mieux-être devra compter de plus en plus sur les preuves qui émergeront de la recherche sur les nombreuses facettes de la santé, y compris les progrès réalisés dans les résultats sur la santé, les innovations dans la prestation des services et les pratiques exemplaires. Ce genre de soutien n'est pas habituel dans les ministères de la Santé. Dans d'autres gouvernements, ce soutien vient plutôt d'une organisation dont l'objet principal est la recherche en santé, telle que l'institut proposé dans le présent document.

Structure et gouverne

Pour assurer une reddition de comptes appropriée et le degré nécessaire d'indépendance, un conseil d'administration qui fait rapport directement à l'assemblée législative gouvernerait l'institut de recherche en santé. La composition du conseil pourrait viser à créer le poids, l'influence et le leadership permettant d'établir l'efficacité et la présence désirées d'un tel institut.

La composition du conseil d'administration pourrait comprendre, entre autres, les représentants suivants :

- le gouvernement provincial (un ou deux sous-ministres de ministères tels que Santé et Mieux-être, Services familiaux et communautaires, et Environnement et Gouvernements locaux)
- les régies régionales de la santé, les groupes professionnels
- les organisations universitaires (du Nouveau-Brunswick et de l'extérieur
- d'autres organisations de recherche en santé (Institut canadien d'information sur la santé, GPI Atlantic, centres du Manitoba et de la Saskatchewan)
- des organismes de bienfaisance dans le domaine de la santé qui appuient activement la recherche en santé
- le secteur privé (y compris des domaines spécialisés comme les cabinets d'experts-comptables).

Pour aider le conseil d'administration dans son travail, des comités de soutien portant par exemple sur l'examen scientifique et les normes déontologiques seraient établis.

De plus, des comités consultatifs aideraient le personnel dans des domaines particuliers au sujet desquels l'institut mènerait des recherches actives (p. ex., comité consultatif sur l'utilisation des services de santé, comité consultatif sur les résultats cliniques, comités stratégiques provinciaux sur le coeur, le cancer, le diabète, l'asthme, etc.)

Pour servir de « cœur » au milieu de la recherche en santé au Nouveau-Brunswick, l'institut encouragerait tous les chercheurs en santé du Nouveau-Brunswick à devenir membres associés. L'accès aux données provinciales et des subventions serviraient à motiver les chercheurs à établir un lien officiel avec l'institut.

Un directeur général serait chargé de la gestion et de la conduite générales des affaires de l'institut et ferait directement rapport au conseil d'administration.

Une fois pleinement fonctionnel, l'institut emploierait des chercheurs, des programmeurs en informatique, des analystes de système, un personnel administratif et un personnel de secrétariat.

Financement

L'institut de recherche proposé s'inspire des modèles en vigueur ailleurs, par exemple au Manitoba et en Saskatchewan, en ce qui a trait à son objet et à ses rôles, à la dotation en personnel et aux arrangements de financement.

Le Nouveau-Brunswick devrait viser, pour la recherche en santé, un financement repère représentant jusqu'à 1 % du budget public des soins de santé (1,683 milliard en 2001-2002), ce qui représente une somme de 16 millions environ. Une fraction importante de cette somme devrait être immédiatement réservée à la mise sur pied de l'institut et à la réalisation d'études majeures sur les questions urgentes en matière de soins de santé dans la province telles que la qualité et les tendances dans l'utilisation des services de santé.

Le financement proposé ci-dessus peut sembler excessif. Cependant, les études montrent que les instituts de recherche en santé comportent des avantages à long terme pour le rendement du système de santé et que les économies excèdent largement le financement requis. Les répercussions potentielles sur l'économie sont considérables, tout comme l'amélioration dans les politiques publiques de santé et la prise de décision dans le domaine des soins de santé. Un plus grand nombre de décisions fondées sur des preuves mènera, avec le temps, à une meilleure utilisation des fonds affectés aux soins de santé. Grâce à l'institut, il sera enfin possible d'avoir accès à des fonds fédéraux en matière de recherche alors que, par le passé, des initiatives provinciales de recherche n'ont pas réussi à obtenir de tels fonds, puisque des fonds de contrepartie ne pouvaient être obtenus du gouvernement provincial. À l'instar d'autres provinces qui ont mis sur pied des instituts de recherche, notamment l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick pourra recueillir d'autres avantages dont la possibilité pour la province de tenir des colloques dans le domaine des soins de santé, la création d'emplois ainsi que la commercialisation et les activités économiques découlant des constatations de recherche.

Mise en œuvre

Le conseil d'administration et le directeur général doivent être en poste, au plus tard, au début de 2002, ce qui donnerait l'élan nécessaire pour avoir un institut pleinement fonctionnel au courant de la même année.

Les travaux d'élaboration de la première publication du bulletin de santé du Nouveau-Brunswick seraient la responsabilité du conseil d'administration. Au début, une partie du personnel pourrait être détaché à temps plein de ministères tels que Santé et Mieux-être, Services familiaux et communautaires ainsi qu'Approvisionnement et Services (technologie de l'information), pour appuyer les travaux de l'institut jusqu'à ce qu'il soit pleinement fonctionnel (recrutement de personnel permanent, mise en place d'un système d'information, etc.). Toutefois, des chercheurs en santé expérimentés et dignes de foi sont essentiels à la réussite de l'institut en tant qu'institut indépendant.

Liste d'indicateurs additionnels

Déterminants sociaux de la santé

- Utilisation des comptoirs alimentaires et des cuisines communautaires
- Possibilité de contribuer
- Bénévolat
- Continuer à participer après le départ à la retraite
- Soutiens et réseaux sociaux
  - Niveau individuel
  - Niveau communautaire
  - Sans-abri
- Possibilités d'activité physique
- Possibilités de s'instruire tout au long de la vie

État de santé de la population

- Espérance de vie
- Principales causes de décès
- Nutrition adéquate (sous-alimentation)
- Santé fonctionnelle, limitation des activités, douleur chronique
- Taux de grossesse à l'adolescence
- Indicateurs sur l'utilisation (pharmacothérapie, traitement/intervention, etc.)

Rendement du système de santé

- Compréhension du système par le public
- Utilisation des services au fil du temps, tendances, cabinets de médecin, télésoins, services d'urgence, centres de santé communautaires, changements dans les habitudes d'accès
- Nombre et genre de programmes de prévention par région
- Résultats des interventions
- Taux d'iatrogénèse (trouble provoqué par un traitement médical ou une erreur d'un professionnel de la santé)
- Progrès dans la planification des activités (à long terme, plan directeur provincial en matière de santé)
- Niveau d'intervention et d'innovation communautaires dans le système et les services aux niveaux local et régional
- Délais d'intervention (ambulances)
- Délai d'intervention moyen pour répondre, stabiliser et transférer
- Temps de déplacement médian pour se rendre chez son dispensateur de soins primaires
- Prestation continue, niveau d'intégration, continuité des soins et soins interdisciplinaires
- Hospitalisation pas nécessairement requise
- Système axé sur le client et la collectivité (communication, confidentialité, respect et compassion, participation, intervention dans la collectivité, etc.)
- Taux d'utilisation, volume de services dispensé (nombre de jours-patient, IRM, tomodensitométrie, consultations de généralistes, de spécialistes, etc.)
- Formation et perfectionnement en cours d'emploi des professionnels de la santé
- Inscription des étudiants dans les disciplines de la santé
- Progrès vers « un dossier de santé par personne » - accès de la personne à ce dossier (en tout ou en partie)

- Nombre de postes de médecin de famille et de spécialiste (vacants, remplis - âge moyen et sexe) par région (soins primaires et secondaires) par tranche de mille habitants
- Nombre de postes de spécialistes en soins tertiaires (vacants, remplis - âge moyen et sexe) pour la province par tranche de mille habitants
- Nombre de postes professionnels dans d'autres disciplines (vacants, remplis - âge moyen et sexe), (personnel infirmier, ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychologues, etc.) par région, par tranche de mille habitants

Caractéristiques de la collectivité et du système de santé

- Nombre d'ambulances, nombre de tomodensitomètres, nombre d'appareils IRM, etc. / Âge moyen du matériel, des véhicules, etc.

Utilisation appropriée des ressources

- Dossier de santé électronique - progrès dans l'intégration de l'infrastructure TI/SI
- Tendances par région en matière d'interventions secondaires
- Nombre de postes à temps plein (déterminé par le nombre d'heures régulières travaillées plutôt que par le nombre de personnes par profession) et rapport provincial des ETP par habitant
- Bénévolat (chiffres provinciaux, régionaux et locaux)
- Investissements de capitaux (modernisation) de toutes les sources et lien avec l'activité de planification triennale
  - du gouvernement provincial
  - du gouvernement fédéral
  - de fondations
- Utilisation des services de santé non financés publiquement (physiothérapie, services de santé mentale, etc.) – Pourcentage d'utilisateurs du système privé payant.

7. Charte des droits et responsabilités

7.1 Introduction

La troisième partie du mandat du Conseil consiste à collaborer à l'élaboration d'une Charte des droits et responsabilités du patient. Le Conseil a d'abord expliqué sa vision de la Charte. Il s'est fondé sur certaines prémisses de base pour son élaboration, convenant que la Charte doit :

- Découler de la vision globale du système de santé renouvelé.
- Expliquer en détail les droits et les responsabilités à tous les niveaux : personnes, professionnels de la santé et système.
- Informer, sensibiliser et soutenir une prise de décisions éclairées pour les personnes, les professionnels et le système.
- Favoriser la collaboration et la coopération afin d'arriver à une responsabilité partagée de la santé et du système.
- S'appliquer à tous les services de santé destinés à l'ensemble des citoyens avant, pendant et après l'admission au système de santé.
- Assurer la transparence et démystifier l'accès aux services de santé pour les personnes et pour les professionnels qui travaillent dans le système.
- Être appuyée par des mécanismes qui fournissent les soutiens nécessaires pour permettre aux personnes d'exercer pleinement leurs droits et au système d'offrir des services sur une base continue.
- Être surveillée et évaluée pour mesurer le succès relatif au respect des droits et à l'établissement d'un climat qui permet aux citoyens d'assumer leurs responsabilités.
- Évoluer avec un système en transition, faire l'objet de prise de mesures et être respectée et suivie.

La Charte proposée énonce les droits et responsabilités d'un public plus vaste que celui des patients. L'objectif de la Charte étant d'encourager les personnes à jouer un rôle actif dans le maintien d'une bonne santé, le Conseil propose que soit adopté pour la Charte un nom qui traduit cet objectif :

Charte des droits et responsabilités de la santé du Nouveau-Brunswick

La Charte proposée a été élaborée pour préciser à l'intention de la population du Nouveau-Brunswick ce qu'elle peut attendre du système de santé pendant la transition et une fois le renouvellement achevé. Certains mécanismes et éléments de soutien de la Charte seront mis en œuvre progressivement au fur et à mesure de l'évolution du système. La Charte précise cette nouvelle orientation, mais l'amélioration de l'accès, de la communication et du droit de décider est subordonnée à l'entrée en vigueur de telles caractéristiques.

Les droits mentionnés dans la Charte ne sont pas nouveaux. Ils sont tout à fait compatibles avec les diverses lois fédérales et provinciales qui régissent les soins de santé et sont conformes aux codes de déontologie et de conduite qui régissent les professionnels de la santé. Pour rédiger la Charte, le Conseil s'est appuyé sur les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité, et accessibilité. Cette Charte réaffirme ces principes en les définissant de façon plus approfondie dans le contexte du système de santé du Nouveau-Brunswick.

La Charte n'a pas pour but de traiter des détails particuliers de chaque service ou programme offert par le système de santé. La terminologie utilisée dans la Charte est aussi précise que possible. Toutefois, un terme qui peut donner lieu à une interprétation large, « raisonnable » par exemple, devra être défini par des normes provinciales relatives aux programmes.

La Charte cherche à établir un équilibre entre les attentes et les responsabilités. Ceux qui travaillent au sein du système et ceux qui y accèdent ont une contribution particulière à apporter pour assurer des résultats optimums en matière de santé. Cette Charte servira de guide à toutes les personnes visées et les aidera à avancer dans cette direction.

7.2 But de la Charte

La Charte proposée a trois fonctions précises : expliquer les attentes, expliquer les responsabilités et soutenir une prestation de services qui répond aux attentes collectives.

La Charte expliquera à la population du Nouveau-Brunswick ce qu'elle peut attendre du système de santé et des professionnels de la santé. Le Conseil estime que les personnes doivent être informées des modes de prestation des services de santé qui sont dispensés et de leurs droits en ce qui a trait à l'accès à ces services.

Les responsabilités des Néo-Brunswickois au sein du système de santé et envers les professionnels de la santé seront aussi expliquées. Cette explication favorise une responsabilité partagée de la santé et du système de santé en précisant que chaque personne peut faire sa part pour assurer une efficacité optimale.

Le libellé de la Charte vise aussi à soutenir une attitude qui répond aux attentes collectives pour ce qui est de la prestation des services. Les normes de service et la surveillance à l'aide du bulletin de santé permettront de déterminer le rendement du système quant aux droits et aux responsabilités définis.

7.3 La Charte à titre de loi ou d'élément d'une politique publique

La responsabilité du Conseil couvre la présentation de l'application potentielle de la Charte. Cependant, il revient au gouvernement de décider si la Charte doit être établie par une loi ou mise en œuvre sous la forme d'une politique publique.

Le Conseil a envisagé plusieurs points importants au sujet de l'application possible de la Charte, notamment :

- Que des mécanismes soient mis en place pour assurer l'application et l'observation de la Charte, par exemple un Bureau du curateur et tuteur public ou des dispositions législatives sur les directives préalables en matière de soins de santé.
- Que la Charte serve d'instrument pour déterminer les forces et les faiblesses du système de santé relativement au respect des droits des personnes et des professionnels. Le système doit à son tour être réceptif aux mesures correctives.
- Que la Charte soit perçue comme un élément positif du système pour les professionnels qui y travaillent et les personnes qui accèdent aux services.
- Que des mécanismes soient mis en place pour traiter les plaintes ou les questions des personnes et que ces mécanismes soient faciles d'accès et gratuits.
- Que la Charte soit mise en œuvre dans l'optique d'aider les professionnels de la santé et les personnes à travailler ensemble pour entretenir une bonne communication et réaliser des objectifs communs.
- Que la Charte serve à sensibiliser et à renseigner le public.

7.4 La Charte proposée

La Charte prévoit cinq grandes catégories de droits.

Accès aux services de santé : ***concerne l'accès, l'équité, la sensibilité aux besoins des personnes, la continuité des soins, les aspects linguistiques, ethniques, spirituels et religieux, et les facteurs culturels et familiaux. Ces éléments sont soutenus par divers mécanismes comme un accès amélioré grâce à un réseau de centres de santé communautaires et l'optimisation des rôles des professionnels.***

Capacité de prendre ses propres décisions : ***appuie l'aptitude des personnes à prendre leurs propres décisions, assure le contrôle des personnes sur leurs soins et soutient la prise de décisions éclairées. Ces éléments sont soutenus par des mécanismes comme des dispositions législatives en vue de directives préalables en matière de soins de santé et la création d'un Bureau du curateur et tuteur public.***

Bonne communication et information : ***jette la base permettant aux personnes de prendre des décisions éclairées au sujet de leurs soins et du droit d'accéder à leur propre information, de savoir comment l'information est utilisée, de poser des questions et de comprendre ce qui est exigé d'elles pendant la prestation des soins qu'elles reçoivent. Ces droits sont soutenus par divers mécanismes comme un nouveau modèle de prestation des services faisant en sorte que le professionnel de la santé désigné dispense les soins appropriés au bon moment et au bon endroit. Les professionnels pourront ainsi passer plus de temps à répondre aux questions et aux préoccupations et fournir aux personnes suffisamment d'information et de soutien pour assurer la réalisation des objectifs en matière de santé.***

Considération et respect personnels : *énonce des normes acceptées de courtoisie professionnelle et explique le traitement respectueux auquel a droit chaque Néo-Brunswickois. Ces éléments sont soutenus par un système qui favorise la bonne communication et l'information ainsi que la continuité des soins axés sur les personnes et qui permet à celles-ci de mieux participer.*

Réponses aux préoccupations, plaintes et questions : *porte sur le droit des personnes d'avoir des défenseurs au sein du système de santé. Il est recommandé que ce droit à des défenseurs soit soutenu par un défenseur provincial et des défenseurs régionaux qui aideront les personnes à trouver des réponses à leurs questions au sujet d'un service, du résultat d'un service ou d'une intervention relevant du mandat de la régie régionale de la santé. Le système de défense des droits n'a pas pour but de remplacer les autres mécanismes comme les modalités de présentation des plaintes aux associations professionnelles ou l'appareil judiciaire. Il vise plutôt à faciliter la communication entre un professionnel et la famille ou la personne lorsque des problèmes surviennent, ou à étudier et à acheminer les demandes individuelles de renseignements.*

La Charte énonce un certain nombre de droits et responsabilités particuliers visant la personne, le professionnel de la santé et le système. Le texte complet de la Charte se trouve à la fin de ce chapitre.

7.5 Les mécanismes de soutien

Pendant l'élaboration de la Charte, il est devenu évident que, pour qu'elle soit efficace, le système doit soutenir les personnes et les professionnels de la santé au moyen des mécanismes appropriés. Ces mécanismes doivent être présents pour faciliter et assurer le respect des droits énoncés. Ces mécanismes permettent aux personnes d'exercer pleinement leurs droits dans les secteurs qui débordent le cadre du système de santé proprement dit, mais qui ont néanmoins des répercussions sur les résultats en matière de santé. Ces mécanismes sont les suivants :

- la création d'un Bureau du curateur et tuteur public,
- la création de postes d'un défenseur provincial et de défenseurs régionaux,
- l'adoption de mesures législatives permettant l'utilisation de directives préalables en matière de soins de santé,
- un système de soins de santé et un modèle de prestation des services renouvelés.

7.5.1 Curateur et tuteur public

La création d'un poste de curateur et tuteur public au Nouveau-Brunswick a été étudiée à maintes reprises au cours des années. Cette question a refait surface dans le cadre d'un système de santé intégré et complet, sur la recommandation du Conseil. Les problèmes et les enjeux qui ont constamment fait ressortir l'idée sont encore très réels dans le système de santé actuel.

But du curateur et tuteur public

Aider et protéger les personnes qui ne peuvent pas prendre leurs propres décisions concernant l'administration de leurs biens, de leurs soins personnels ou de leurs soins de santé et qui n'ont personne pour assumer cette responsabilité.

Champ d'activité du curateur et tuteur public

Le curateur de dernier ressort, comme le recommande le Conseil, offrira à la population du Nouveau-Brunswick des services tels que :

- administrer les successions des personnes décédées au Nouveau-Brunswick, lorsque personne ne peut ou ne veut agir comme administrateur;
- administrer les biens des personnes qui ne sont pas mentalement capables de le faire et prendre en leur nom des décisions concernant leur situation financière et leurs soins;
- administrer les biens des personnes qui ont accordé une procuration au curateur public;
- administrer des sommes fiduciaires au nom des personnes âgées de moins de 18 ans;
- soutenir toutes ces fonctions par des compétences juridiques, financières et comptables;
- exercer d'autres rôles conformément à la loi ou selon un ordre de la cour.

Description des enjeux

La recherche a révélé les limites des mesures de protection pour les adultes vulnérables dans le système actuel. Des lacunes importantes laissent à certaines personnes très peu de choix pour assurer leur bien-être. L'incapacité d'agir laisse le système vulnérable à des coûts plus élevés et à une sous-utilisation ou à une mauvaise utilisation de ressources coûteuses.

Au cours de ses délibérations sur la question, le Conseil a discuté des nombreux défis qui se posent à la province.

Sur le plan démographique, la population néo-brunswickoise continue de vieillir. Cette génération vieillissante a accumulé, sous forme de régimes de pension de retraite, d'assurance et de biens, plus d'avantages que les générations précédentes, et elle a aussi plus de dettes à gérer. Il s'ensuit que les successions seront d'une plus grande valeur et plus difficiles à administrer.

Le problème dépasse les questions financières et concerne tous les aspects de la prise de décisions, y compris les soins personnels, les soins médicaux et les conditions de vie.

Par ailleurs, on craint que de nombreuses personnes atteintes de maladies invalidantes contribuant au déclin de leur état mental ne soient pas préparées pour le jour où elles ne pourront plus prendre leurs propres décisions. Le cas de certaines personnes qui sont déficientes intellectuelles ou mentales et qui ont besoin d'aide ou de soutien pour prendre des décisions suscite les mêmes préoccupations, car leurs affaires financières ne seront peut-être pas administrées. Une telle situation ouvre la porte aux abus financiers.

Sans la protection d'un curateur et tuteur public ou d'un décisionnaire délégué, un adulte devenu handicapé peut être très vulnérable à des abus financiers. Les mécanismes de protection exigent la présentation d'une demande à la cour, ce qui peut être coûteux et exiger un temps considérable. Bon nombre de gens n'ont personne apte ou prêt à agir en leur nom.

Un certain nombre d'adultes vulnérables et handicapés se trouvent dans les hôpitaux. Ces adultes ont pu être admis à l'hôpital pour un problème de santé mineur, et perdre, au cours de leur séjour hospitalier, leur capacité de prendre des décisions. La possibilité de les placer dans des milieux plus adéquats ou de leur fournir des soins appropriés dépend largement de leur capacité de comprendre la situation, de fournir l'information nécessaire et de consentir à leur placement. De nombreux adultes handicapés passent des mois dans des lits d'hôpital avant qu'un placement adéquat puisse être effectué parce qu'ils ne sont pas aptes à donner leur consentement éclairé.

La situation actuelle présente certains problèmes pour les foyers de soins qui admettent des personnes dont la situation financière n'est pas claire. Cette situation pose de grandes difficultés pour le foyer de soins lorsqu'il doit récupérer la partie des coûts qui est considérée comme la responsabilité du pensionnaire et peut avoir des répercussions financières considérables pour ces foyers de soins, qui sont des services à but non lucratif.

Des mesures législatives en vigueur, comme la *Loi sur les personnes déficientes* ou la *Loi sur la santé mentale*, traitent certains aspects concernant la protection des adultes vulnérables, mais elles se limitent à des situations ou à des groupes très précis. Par exemple, les patients psychiatriques ont accès à un système de défenseur du patient et d'administrateur des biens, et les adultes peuvent se préparer à une future perte d'autonomie en nommant par une procuration un fondé de pouvoir qui est chargé de prendre des décisions en leur nom lorsqu'ils ne sont plus en mesure de le faire eux-mêmes.

Les dispositions de la *Loi sur les personnes déficientes* et de la *Loi sur la santé mentale* offrent des choix et une certaine souplesse. Toutefois, ces dispositions ne sont pas suffisantes et ne répondent pas aux besoins de toute la population.

Recommandations

Le Conseil recommande l'établissement d'un Bureau du curateur et tuteur public pour assurer la protection de tous les adultes vulnérables relativement aux soins personnels, aux soins de santé et à l'administration de leurs biens. Le Conseil recommande en même temps que la loi comprenne des dispositions visant à évaluer la capacité selon le domaine. (Il s'agit de reconnaître que certaines personnes peuvent être capables dans un domaine, leurs soins de santé par exemple, mais incapables dans d'autres, comme leurs affaires financières. Ce modèle suppose qu'une personne est capable ou est incapable de prendre toute décision dans ce domaine en particulier et que chaque domaine est traité séparément[1]). À l'heure actuelle au Nouveau-Brunswick, à la suite de son évaluation, une personne est considérée sans nuances soit comme « capable », soit comme « incapable », ce qui lui enlève la possibilité de continuer à prendre des décisions même dans les domaines où elle le peut encore.

Le Conseil recommande aussi que les aspects suivants soient pris en compte dans l'établissement du rôle et du champ d'activité du curateur et tuteur public.

- Que tous les mécanismes actuels (mesures législatives) portant sur la protection des adultes vulnérables en ce qui a trait à la prise de décisions pour les soins personnels, les soins de santé et l'administration des biens, ainsi que l'administration des fiducies pour les enfants âgés de moins de 18 ans, soient regroupés en une seule loi dont l'application relèverait du curateur et tuteur public. L'administration des successions des personnes décédées au Nouveau-Brunswick pour qui nul n'est apte ou prêt à agir à titre d'administrateur devrait être comprise.
- Que la possibilité d'établir le Bureau du curateur et tuteur public à titre d'organisme de service spécial soit étudiée comme moyen d'en assurer la viabilité et la reddition de comptes.
- Que la possibilité d'élargir la responsabilité du curateur et tuteur public de façon à inclure l'administration par procuration des biens et les soins personnels des personnes vulnérables mais capables ayant des biens modestes soit aussi étudiée.

Étendue des responsabilités du curateur et tuteur public

Le Conseil recommande que le curateur et tuteur public :

- agisse comme un « comité » auprès des personnes mentalement incapables;
- consente ou refuse de consentir au traitement psychiatrique des patients ayant une incapacité mentale dans les établissements psychiatriques et aux traitements médicaux des patients ayant une incapacité mentale dans les unités de soins médicaux;
- agisse comme décisionnaire au nom des personnes vulnérables concernant leurs soins personnels, leurs soins de santé ou leurs biens;
- agisse comme administrateur public pour la province;
- agisse comme tuteur officiel pour la province;
- agisse comme tuteur d'instance pour les mineurs et les personnes ayant une incapacité mentale qui n'ont personne apte à agir en leur nom;
- agisse comme curateur pour les fonds payables aux mineurs;
- examine toutes les demandes de curatelle privée;
- administre les affaires financières par procuration pour les adultes capables mais vulnérables dont la succession modeste ne serait probablement pas attrayante pour les sociétés de fiducie privées.

Le Conseil recommande que la loi établisse clairement les limites du rôle du curateur et tuteur public en tant que fondé de pouvoir. C'est une question particulièrement délicate pour les personnes qui sont déficientes mentales ou qui ont des troubles affectifs et qui ont besoin de personnes qui prennent des décisions en leur nom, surtout en ce qui a trait au refus du traitement ou aux interventions de survie en cas de tragédie. Le Conseil croit fermement qu'il faudrait faire une consultation plus approfondie avant d'adopter un modèle qui recommande l'adoption d'une loi pour assurer la protection des membres les plus vulnérables de notre société.

7.5.2 Défenseurs au sein du système de santé

Le Conseil voit la nécessité d'un système de défenseurs pour appuyer la Charte des droits et responsabilités au sein du système de santé.

But

Les défenseurs au sein du système de santé faciliteraient le contact du citoyen avec le système, surtout lorsqu'il faut traiter les préoccupations ou obtenir de l'information qui n'est pas facilement accessible, ou lorsqu'un citoyen estime ne pas recevoir de l'information ou un traitement adéquat.

Situation et enjeux actuels

À l'heure actuelle, seules quelques corporations hospitalières offrent les services d'un représentant du patient dans les établissements hospitaliers. Ces services se sont avérés très valables pour la corporation et pour les personnes. Les demandes d'aide ont augmenté au cours des années. Le modèle proposé repose sur celui qui est en place.

Le Conseil est conscient que le système de santé est très complexe et que les gens qui ont besoin d'y avoir recours sont souvent perplexes lorsqu'il s'agit d'accéder aux services, de choisir un traitement et d'obtenir une réponse à leurs inquiétudes. Dans un système axé sur la personne, il y a lieu d'accroître la sensibilité, la transparence et l'efficacité avec lesquelles les préoccupations des personnes sont traitées.

Modèle proposé

Le Conseil propose un modèle à deux volets pour qu'il soit plus accessible et qu'il favorise la communication à l'intérieur du système de santé. Premièrement, un poste de défenseur régional devrait être créé dans chaque régie régionale de la santé. Deuxièmement, un poste de défenseur provincial devrait être créé pour les questions générales en matière de politique et de communication à l'échelle provinciale qui sont communes à toutes les régions ou qui dépassent les responsabilités régionales. Le défenseur provincial s'occuperait des préoccupations dans tous les services relevant du mandat du ministère de la Santé et du Mieux-être qui sont dispensés à l'échelle provinciale.

Les défenseurs régionaux et le défenseur provincial s'occuperaient des questions, des préoccupations et des plaintes selon un mandat clairement défini, et ne remplaceraient pas les codes d'exercice des associations professionnelles ou le système judiciaire et juridique.

Portée

Le Conseil croit fermement que le système de défendeurs proposé devrait être fondé sur les éléments suivants :

- Assurer un mécanisme de représentation des citoyens, au besoin, dans l'ensemble du système de santé (services relevant des régies régionales de la santé et services fournis au niveau central par le ministère de la Santé et du Mieux-être).

- Permettre aux citoyens d'avoir recours, dans la région où un service est situé, à un défenseur régional qui pourrait les aider à obtenir des réponses à leurs questions et à leurs préoccupations. Ce service devrait être assez large pour aider les personnes qui tentent d'accéder à un service ou qui ont des questions au sujet du résultat d'un traitement ou d'une intervention pour elles-mêmes ou pour un membre de leur famille.
- Assurer un lien étroit entre le défenseur provincial et les défenseurs régionaux pour favoriser la collaboration en vue de résoudre des préoccupations communes.
- Confier au défenseur provincial et aux défenseurs régionaux le mandat de soutenir et de faciliter l'égalité d'accès aux services de santé centralisés et interrégionaux.
- Informer et orienter les citoyens vers la personne ou le service approprié lorsqu'une question ne peut être traitée dans le cadre des fonctions du défenseur régional ou provincial. Le défenseur connaîtra le système général et appuiera et aidera les citoyens à accéder au mécanisme ou au service adéquat.
- Présumer que la plupart des préoccupations des citoyens peuvent être résolues de façon satisfaisante si on assure une bonne communication entre le citoyen et le système et qu'on fournit une réponse aux préoccupations des citoyens dans un délai opportun.
- Faire valoir qu'il est nécessaire et possible de fournir un service de défense impartial entre les citoyens et les dispensateurs tout en favorisant une communication efficace pour concilier les différences.

Responsabilités du défenseur régional

Un défenseur régional aurait entre autres les tâches et les fonctions suivantes :

- Aider les patients, les personnes ou leurs familles et autres intervenants, selon le cas, à obtenir des réponses à leurs préoccupations, à leurs questions ou à leurs problèmes provenant de la région où un service est obtenu.
- Fournir un forum confidentiel et autonome où les préoccupations sont entendues, respectées et documentées.
- Examiner et orienter les demandes de renseignements et les préoccupations vers les sources appropriées et servir de facilitateur pour assurer un contact entre le dispensateur de services et d'autres intervenants, selon le cas.
- Assurer la liaison entre la personne ou la famille ou d'autres intervenants, selon le cas, et la régie régionale de la santé.
- Informer les conseils des régies régionales de la santé des préoccupations et des plaintes individuelles de nature régionale.
- Veiller à ce que les personnes ou les familles ou d'autres intervenants, selon le cas, puissent obtenir de l'information sur leurs droits et leurs responsabilités prévus dans la Charte des droits et responsabilités.
- Assurer une rétroaction continue au patient ou à la personne, à la famille ou à d'autres intervenants, selon le cas, concernant la mesure prise et les résultats.

Responsabilités du défenseur provincial

Le défenseur provincial aurait entre autres les tâches et les fonctions suivantes :

- Agir comme surveillant et expert de la Charte.
- Veiller à ce que la Charte des droits et responsabilités soit évaluée et surveillée sur une base continue pour faire en sorte qu'elle est respectée et efficace.
- Enquêter et se pencher sur les résultats non satisfaisants découlant de l'évaluation et de la surveillance du respect des droits.
- Recevoir, comprendre et traiter les préoccupations des défenseurs régionaux concernant les dossiers d'une portée provinciale.
- Assurer la liaison avec les défenseurs régionaux pour trouver des solutions innovatrices aux préoccupations communes à toutes les régions mais qui doivent être traitées au palier provincial.
- Offrir des possibilités sur une base régulière et constante au moyen de réunions et de forums afin que les défenseurs régionaux puissent travailler ensemble et discuter de leurs préoccupations et des pratiques exemplaires dans l'exercice de leurs fonctions.
- Faire du réseautage avec d'autres ministères ou organismes du gouvernement et travailler en collaboration pour s'attaquer aux préoccupations en matière de politique touchant les divers mandats.
- Faire rapport au public des activités, des succès et des événements afin de dresser un profil positif et d'établir une approche transparente pour être à l'écoute des préoccupations des citoyens et y donner suite au sein du système de santé.

Structure hiérarchique

Le défenseur régional ferait rapport au directeur général de la régie régionale de la santé, et des rapports seraient présentés régulièrement au conseil de la régie régionale de la santé. Le défenseur provincial ferait rapport au sous-ministre de la Santé et du Mieux-être. Il faudrait envisager de fournir sur une base régulière des rapports publics concernant le rôle, les activités et les progrès du défenseur. Des liens fermes devraient être établis entre le défenseur provincial et les défenseurs régionaux pour faciliter la collaboration et la coopération afin de répondre aux préoccupations des patients.

7.5.3 Directives préalables en matière de soins de santé

Introduction et définition

Une directive préalable est une déclaration écrite qui exprime le souhait d'une personne à l'avance – une directive préalable est utilisée seulement si vous êtes incompétent et incapable de faire connaître votre volonté.[2]

Le Conseil comprend que garder le contrôle sur les décisions de fin de vie est un sujet difficile pour la plupart des gens. Les dispositions législatives pour préparer des directives préalables en matière de soins de santé découlent du droit des personnes de prendre leurs propres décisions. Comme société, nous sommes devenus beaucoup plus conscients du besoin de dire à nos proches ce qui est acceptable et inacceptable pour les décisions de fin de vie. Le Conseil estime que les directives préalables permettent d'aborder plus facilement le sujet avec les proches et de les informer de ses désirs.

Les directives préalables permettent à la personne de s'assurer qu'elle garde le contrôle sur ces décisions. Le but de la recommandation est d'offrir un choix.

Description des enjeux

La Charte énonce le droit des personnes d'établir des directives préalables en matière de soins de santé et de faire respecter ces directives.

À l'heure actuelle, les personnes peuvent préparer un testament biologique ou une procuration énonçant leurs directives préalables. Ces documents sont généralement préparés par un avocat qui ne possède pas les connaissances médicales nécessaires pour saisir à fond les solutions de rechange en soins médicaux qui s'offrent à leurs clients. En conséquence, ces documents ne fournissent pas les mêmes détails que des directives préalables en matière de soins de santé et sont moins efficaces pour guider les membres de la famille et les professionnels de la santé dans l'exécution la volonté de la personne. Actuellement, les testaments biologiques ou les procurations peuvent être facilement annulés ou ignorés dans le domaine des soins personnels et des soins de santé.

Il n'existe aucune autorité ou protection législative pour les médecins qui respectent la volonté exprimée dans les directives préalables d'un adulte handicapé ou incapable. La menace d'une poursuite est un facteur de dissuasion important quand il s'agit de respecter la volonté d'une personne.

De plus, il n'existe dans le système de santé aucun mécanisme pour conserver les directives préalables ou y accéder. Il se peut que ces directives existent quelque part mais ne soient pas portées à l'attention des médecins dans les délais voulus. Des interventions non sollicitées pourraient donc être effectuées.

Le Conseil estime que les personnes devraient pouvoir décider et rester maîtres des décisions de la fin de leur vie. Si des mécanismes adéquats sont en place, les personnes qui désirent garder le contrôle sur leurs soins de santé personnels auront la possibilité de le faire.

Recommandations

Le Conseil recommande :

- Que des mesures législatives soient rédigées et mises en œuvre pour permettre l'établissement de directives préalables en matière de soins de santé.
- Que le modèle et les outils actuels disponibles présentés dans *Let Me Decide*, de Molloy, Dr. D. William, et *Let Me Pass Gently*, de Molloy, D.W., Russo, R.M., constituent la base de la mise en œuvre d'un modèle au Nouveau-Brunswick.

- Que soit créé un comité chargé de surveiller l'élaboration et la mise en œuvre de mesures législatives qui permettraient l'utilisation de directives personnelles en matière de soins de santé.
- Que les mesures législatives assurent la protection nécessaire aux professionnels de la santé contre les poursuites afin qu'ils puissent exécuter et respecter la volonté de la personne.
- Qu'une campagne de sensibilisation publique soit lancée pour fournir de l'information sur les directives préalables et pour permettre aux citoyens d'accéder à plus d'information et à de l'aide pour préparer ces directives.
- Que le gouvernement établisse un réseau de personnes qualifiées pour aider d'autres personnes à préparer des directives préalables.
- Que le système de santé prévoie de l'espace afin qu'il puisse être indiqué, dans le dossier de santé d'une personne, que celle-ci a préparé des directives préalables. Ces directives devraient être faciles d'accès, tout en respectant le droit à la vie privée et les dispositions de la *Loi sur le droit à l'information* permet.
- Qu'une formation soit offerte aux professionnels de la santé de l'ensemble du système afin qu'ils puissent comprendre et appliquer le processus.

Considérations pour la mise en œuvre

Le Conseil a reconnu qu'il ne suffit pas d'énoncer les droits. Le système de santé doit fournir des mécanismes et des moyens qui permettent aux gens d'exercer leurs droits. Il est nécessaire de fournir des moyens pour soutenir ou mettre en œuvre les droits voulus.

7.5.4 Éliminer les obstacles qui nuisent à l'accès

Bon nombre des obstacles qui nuisent à l'accès ont été cernés. Les stratégies fondamentales pour traiter ces obstacles prévoient notamment de fournir de l'aide aux personnes qui doivent parcourir de longues distances ou de courtes distances souvent pour obtenir les services nécessaires, de veiller à ce que les établissements soient accessibles aux fauteuils roulants et d'assurer un service bilingue.

Ces obstacles doivent être éliminés pour que les principes de la Charte puissent être respectés. Il faut cependant une collaboration générale entre les intervenants pour réaliser des solutions efficaces. Par exemple, les régies régionales de la santé devront travailler de concert avec les services communautaires pour cerner et traiter les obstacles qui empêchent les personnes d'obtenir les services nécessaires. De nombreux groupes communautaires devront continuer à sensibiliser la population.

Établissements accessibles à tous

Tous les nouveaux lieux de service doivent être accessibles aux personnes qui ont un handicap physique. Les bâtiments doivent être munis de rampes et d'ascenseurs et de salles de toilettes accessibles.

Prestation des services dans les deux langues officielles

Un principe fondamental du système de soins de santé est qu'une personne doit pouvoir accéder aux services dans la langue officielle de son choix dans sa région, dans la province et à l'extérieur de la province.

Aide pour les déplacements

Les difficultés et les coûts liés aux déplacements sont des obstacles à un accès équitable aux services de santé. De nombreuses personnes au Nouveau-Brunswick doivent parcourir des distances considérables à l'extérieur de leurs régions pour obtenir des services tertiaires, et les frais de déplacement, de repas et d'hébergement pour les membres de la famille qui accompagnent un patient représentent un fardeau important pour ces familles. D'autres Néo-Brunswickois doivent parcourir des distances importantes à l'intérieur de leur région pour avoir accès à des soins secondaires.

Le Conseil estime que les citoyens ont droit à un accès équitable aux services de soins de santé et, à ce titre, il recommande que la question du coût des déplacements ne soit pas un obstacle à l'accès aux services. Cela ne veut pas dire pour autant que tous les déplacements seront indemnisés, mais plutôt qu'il faut établir des lignes directrices afin d'arriver à un certain équilibre et à une certaine équité pour tous les citoyens. Les options présentées ci-dessous méritent une analyse plus approfondie.

- Utilisation de crédits de taxe.
- Indemnisation directe du coût des déplacements pour tous selon un ensemble délimité de critères basés sur la distance, les circonstances ou la fréquence des déplacements.
- Indemnisation directe du coût des déplacements des personnes pour qui les déplacements fréquents ou les déplacements à l'extérieur de la région pour obtenir le service créeraient d'énormes difficultés. Il est important que les personnes ne soient pas obligées de se soumettre à une évaluation des besoins afin d'obtenir de l'aide.
- Solliciter la participation de la régie nationale de la santé où se trouve un programme tertiaire provincial à l'élaboration de solutions subventionnées pour l'hébergement et les repas afin d'aider ceux qui doivent rester sur place pour accompagner un proche pendant une crise de santé.
- Solliciter la participation d'un certain nombre d'intervenants à l'établissement d'une intervention provinciale communautaire pour aider les personnes qui doivent se déplacer. Un exemple de ce genre de programme est « Dial-a-Ride », établi en Nouvelle-Écosse (www.gov.ns.ca/snsmr/dialaride).
- Révision des politiques sur l'aide au revenu pour s'assurer que les personnes qui en ont besoin reçoivent l'aide nécessaire pour se déplacer afin d'obtenir un service de santé. Toutefois, si cette solution est acceptée, il faudra créer un mécanisme distinct pour aider les familles de travailleurs à faible revenu.

Le Conseil a conclu qu'un certain nombre de solutions devront être élaborées et mises en œuvre pour atteindre l'objectif de l'équité et de l'accès. Il n'y a pas de solution facile. Le but n'est pas de remplacer ou d'abolir les services de soutien communautaire qui existent déjà, mais plutôt de développer ces soutiens dans chaque région.

1 Molloy, D.W., Russo, R.M., *Let me Pass Gently*, NEWGRANGE Press, 2000

2 Molloy, D.W., Russo, R.M., *Let me Pass Gently*, NEWGRANGE Press, 2000

7.6 La Charte

Accès aux services de santé

Vous avez le droit	Vous avez la responsabilité	Votre système de santé a la responsabilité
1. De recevoir des services de santé subventionnés par les deniers publics en fonction de vos besoins, et non pas en fonction de votre capacité de payer, de votre mode de vie ou de tout autre facteur. 2. D'accéder à des services de soins primaires dans votre localité. Les services de santé secondaires seront dispensés dans les hôpitaux, tandis que les services tertiaires seront dispensés dans des milieux plus spécialisés à l'intérieur ou à l'extérieur de la province lorsque la situation le justifie. 3. De recevoir des services de santé de votre médecin de famille ou d'une équipe de professionnels de la santé. 4. D'avoir un accès équitable aux services de santé. 5. D'obtenir un deuxième avis. 6. De bénéficier d'une continuité des soins. 7. De recevoir des services de santé d'une façon qui reconnaît vos besoins et vos préférences, qui les respecte et qui y répond, y compris ceux fondés sur des facteurs ethniques, spirituels, religieux, linguistiques, familiaux et culturels. 8. De recevoir des services dans la langue officielle de votre choix. 9. D'accéder à des services dans un établissement d'accès facile et accessible aux fauteuils roulants.	1. D'être informé sur la façon d'accéder aux services de santé. 2. D'utiliser les services de façon adéquate et sage. 3. D'avoir un mode de vie sain.	1. De répondre à vos besoins dans un délai opportun en fonction des normes établies. 2. De répondre à vos questions et de vous fournir de l'information sur le traitement et les services qui vous sont accessibles. 3. D'assurer un continuum de soins homogène. 4. De dispenser des services et des soins de façon efficace et efficiente sans compromettre la qualité de ces soins. 5. De dépenser les fonds publics alloués de façon prudente et judicieuse. 6. D'établir fournir une politique précise expliquant comment les professionnels de la santé doivent faire rapport des préoccupations au sujet des risques pour les patients. 7. D'assurer un milieu sécuritaire pour le personnel. 8. De favoriser une ambiance où le personnel est traité avec le respect et la considération qu'il mérite dans l'exécution de ses fonctions. 9. De s'assurer que les établissements sont d'accès facile et accessibles aux fauteuils roulants.

Prendre vos décisions vous-même

Vous avez le droit	Vous avez la responsabilité	Votre système de santé a la responsabilité
1. D'être informé. 2. De refuser le traitement. 3. D'exercer votre choix de traitement. 4. D'avoir des directives préalables en matière de soins de santé concernant le traitement ou de désigner une personne pour prendre des décisions en votre nom. 5. D'accepter ou de refuser de participer à un programme d'enseignement ou de recherche. Votre décision ne nuira pas à la qualité et au niveau des soins que vous recevrez. 6. À la protection d'un curateur public si vous êtes déclaré mentalement incompétent et que vous n'avez pas nommé quelqu'un pour prendre des décisions en votre nom. 7. D'obtenir de l'information sur les compétences et l'expérience des professionnels de la santé dont vous recevez des services.	1. De participer aux décisions concernant vos soins de santé personnels et de poser des questions lorsque vous avez besoin de plus d'information. 2. De vous assurer de garder le contrôle sur vos décisions concernant vos soins personnels en ayant des directives préalables en matière de soins de santé qui énoncent votre volonté. 3. De choisir quelqu'un en qui vous avez confiance comme défenseur ou curateur de vos décisions de soins personnels.	1. De vous informer de ce que comporte un traitement, de vous indiquer ce qui se produira lorsqu'une procédure diagnostique est prescrite et les répercussions possibles d'une procédure, d'un traitement ou d'un médicament. 2. De respecter vos décisions en matière de soins de santé et de vous fournir de l'information approfondie et complète, mais impartiale et non biaisée, sur les répercussions de toute décision. 3. De garder au dossier, de façon confidentielle, tout document juridique que vous fournissez et qui exprime vos souhaits si vous devenez incapable de communiquer. 4. De travailler avec le curateur ou défenseur que vous avez choisi pour s'assurer que vos décisions sont bien comprises et exécutées. 5. De vous respecter et de vous aider à inclure votre volonté concernant vos soins personnels dans votre dossier de santé. 6. De s'assurer que la protection des personnes ayant une déficience mentale ou souffrant de troubles affectifs est comprise dans la loi autorisant des mécanismes de prise de décisions en votre nom.

Bonne communication et information

Vous avez le droit	Vous avez la responsabilité	Votre système de santé a la responsabilité
1. De demander aux professionnels désignés d'expliquer clairement le traitement proposé, y compris tout risque que ce traitement comporte, tout effet secondaire ainsi que toute solution de rechange.	1. D'exercer votre choix de poser des questions si vous avez besoin de plus d'information.	1. De répondre à vos questions au sujet de vos soins, des choix et des autres méthodes par rapport à votre traitement.
2. D'être informé des nouveaux progrès qui sont pertinents à votre état ou à votre santé.	2. De vous assurer que vous comprenez votre plan de traitement et de demander des précisions au besoin.	2. De vous fournir l'occasion de participer à toutes les décisions au sujet de votre traitement et de votre sortie.
3. D'avoir accès gratuitement à vos dossiers de santé.	3. De suivre des directives précises pour vous préparer à votre admission à l'hôpital ou à une procédure diagnostique.	3. De s'assurer que votre consentement éclairé est accordé avant de vous fournir un traitement ou une procédure et avant de divulguer de l'information sur votre état de santé.
4. D'exiger le respect de votre vie privée et la confidentialité de toute information et de tout dossier concernant vos soins.	4. De demander de l'information et de vous informer des solutions qui sont disponibles pour vous aider à modifier votre mode de vie afin d'améliorer ou de maintenir votre état de santé.	4. De mettre tout en œuvre pour s'assurer que vous recevez l'information dont vous avez besoin et dans un format que vous pouvez comprendre.
5. D'être informé de la façon dont votre information sera utilisée, de savoir qui aura accès à vos dossiers et qui les a vus, et ce qui a été discuté concernant votre état ou votre situation.	5. De participer à vos soins dans la mesure où vous êtes à l'aise de le faire, et de fournir de l'information qui vous aidera vous-même et les professionnels de la santé à choisir des solutions mutuellement acceptables pour obtenir des résultats positifs relatifs à votre santé.	5. À votre demande et gratuitement, de vous fournir vos dossiers de santé et de vous aider à examiner ces dossiers.
6. De recevoir de l'information sur les services de santé. Ces renseignements comprennent l'information sur les normes de services que vous pouvez exiger et les points d'accès.	6. De faire connaître vos besoins linguistiques et de communication aux professionnels de la santé.	6. De s'assurer que l'information sur les services de santé est facile à obtenir et offerte à de nombreux points différents dans le système.
7. De recevoir des directives précises expliquant le traitement continu que vous devrez suivre à la sortie d'un établissement ou d'un point de services dans le cadre de votre plan de soins communautaires.		7. De s'assurer que votre plan de sortie est discuté avec vous avant votre départ de l'établissement de traitement. Si vos soins sont maintenus dans la collectivité, les professionnels de la santé s'assureront avant votre sortie que vous bénéficierez d'une continuité des soins.
8. D'être informé des politiques qui concernent vos soins, votre traitement et vos responsabilités.		8. De vous fournir un soutien et des services pour vous aider à maintenir et à développer des modes de vie sains.
9. De recevoir de l'information complète au sujet des choix qui favorisent une bonne santé et des mesures visant à prévenir la maladie et les accidents.		9. De vous faire participer à l'élaboration de votre plan de soins et de vous offrir des choix qui seront efficaces pour vous et mutuellement acceptés pour atteindre des résultats positifs.
10. De participer à la planification, à l'évaluation et à l'examen de vos soins.		10. De maintenir un code de confidentialité pour les personnes dont il s'occupe et pour toute information dont il peut prendre connaissance au sujet d'autres personnes qui accèdent aux services de santé.
11. De communiquer dans la langue officielle de votre choix.		11. De déterminer les besoins linguistiques et de communication des régions de la santé et de travailler de façon proactive avec la collectivité pour développer la capacité de répondre aux besoins.
		12. De s'assurer que tous les établissements de santé sont munis d'un chariot contenant des dispositifs d'aide à la communication afin de mieux aider ceux qui ont des besoins spéciaux en matière de communication.
		13. D'avoir accès à des interprètes pour faciliter la communication.

Considération et respect personnels

Vous avez le droit	Vous avez la responsabilité	Votre système de santé a la responsabilité
1. D'être soigné dans un milieu qui est propre et sécuritaire. 2. Que l'on prenne des mesures raisonnables pour assurer votre sécurité et votre protection personnelles. 3. D'être traité avec dignité et respect. 4. D'être confortable et de ne pas mis dans un état de détresse. 5. Que des mesures raisonnables soient prises pour respecter votre vie privée.	1. De collaborer avec le personnel à l'évaluation et à l'amélioration de votre état de santé. 2. D'être poli et compréhensif à l'égard des autres personnes accédant aux services, du personnel, des stagiaires et des bénévoles. 3. De respecter votre milieu et la propriété d'autrui. 4. De faire connaître vos besoins en matière de vie privée.	1. De s'assurer que le personnel fait preuve de tact, qu'il est rassurant, patient et compréhensif et qu'il manifeste de la sympathie envers vous, vos parents et vos amis. 2. De s'assurer que vous êtes traité avec respect, empathie et professionnalisme. 3. De s'assurer que votre état n'est jamais discuté avec une personne non autorisée.

Réponses à vos questions, préoccupations et plaintes

Vous avez le droit	Vous avez la responsabilité	Votre système de santé a la responsabilité
1. De soulever vos préoccupations sans peur de représailles. 2. D'être informé de la procédure et de la filière appropriée à suivre pour transmettre vos préoccupations.	1. De faire part de vos préoccupations au défenseur régional suivant le processus expliqué par votre régie régionale de la santé. 2. De soumettre toute résolution non satisfaisante de votre préoccupation au défenseur provincial lorsque le besoin le justifie.	1. De vous fournir des mécanismes pour entendre vos questions, préoccupations et plaintes. 2. De vous informer des mécanismes en place pour répondre à vos questions, préoccupations et plaintes. 3. D'enquêter sur les plaintes dans les délais établis. 4. De vous informer des résultats de l'enquête et de prendre les mesures nécessaires.

Glossaire

Les termes qui suivent sont définis et appliqués dans le contexte de la Charte des droits et responsabilités

1. Par « accès équitable », on entend l'égalité d'accès aux services de santé pour tous les citoyens. Sont également pris en considération des éléments comme les obstacles à l'accès posés par la distance, les entraves à la communication et l'accès physique des lieux, ainsi que la nécessité pour le système de trouver un juste équilibre dans la solution à des obstacles.
2. Par « Charte des droits et responsabilités », on entend l'énoncé des droits et des responsabilités des Néo-Brunswickois.
3. Par « consentement éclairé », on entend le fait d'être renseigné sur un plan d'action proposé par un professionnel de la santé et d'en comprendre les répercussions avant de donner son consentement à ce qui est proposé.
4. Par « continuum de soins homogène », on entend la gamme des services qui permettent de fournir des soins opportuns, pertinents et coordonnés.
5. Par « curateur et tuteur public », on entend une personne chargée d'aider et de protéger les personnes qui ne sont plus en mesure de prendre leurs propres décisions concernant la gestion de leurs biens, de leurs soins personnels et de leurs soins de santé, et qui n'ont personne d'autre pour assumer cette responsabilité.
6. Par « défenseur provincial/régional », on entend, au sein du système de santé, le défenseur régional ou le défenseur provincial qui traite les questions, préoccupations et plaintes des citoyens à l'égard du système de santé.
7. Par « dignité et respect », on entend un code de comportement entre les personnes et les professionnels de la santé. Le code de comportement suppose la compréhension, la courtoisie et la politesse.
8. Par « directives préalables », on entend un énoncé écrit qui exprime à l'avance les désirs de la personne en matière de soins de santé. Ces directives ne peuvent être utilisées que dans le cas où la personne est déclarée incompétente et incapable de faire connaître ses désirs.
9. Par « droits », on entend les énoncés de la Charte qui définissent ce à quoi on peut s'attendre en matière de services de santé.
10. Par « mode de vie sain », on entend l'adoption d'habitudes régulières ou quotidiennes, comme faire de l'exercice ou bien manger, comme choix de mode de vie qui améliore la santé et permet de demeurer en bonne santé.
11. Par « plan de soins », on entend un plan élaboré par le professionnel de la santé et la personne ou son tuteur/parent pour décrire les stratégies visant l'atteinte des objectifs en matière de santé.
12. Par « plan de sortie », on entend un plan élaboré par le(s) professionnel(s) et la personne ou le parent/tuteur pour décrire ce qui est attendu du « patient » à sa sortie d'un établissement ou d'un programme de santé. Il décrit les stratégies de rétablissement à la suite d'une blessure ou d'une maladie.
13. Par « responsabilités », on entend les mesures qui sont du ressort de la personne pour être et demeurer en bonne santé.
14. Par « services de santé », on entend tous les services de santé gérés par les régies régionales de la santé et les services de santé gérés au niveau central, y compris les services assurés et les services non assurés et les services impartis à un tiers par le gouvernement provincial ou une régie régionale de la santé.
15. Par « Soins primaires », on entend la prestation de soins de santé de base homogènes, intégrés, coordonnés, accessibles et viables, axés sur la personne et sur la collectivité. Les soins primaires soutiennent les personnes et les familles dans la prise des meilleures décisions pour leur santé.
16. Par « soins secondaires », on entend des soins spécialisés faisant appel à des procédures diagnostiques et à des traitements perfectionnés et complexes qui sont habituellement fournis en milieu hospitalier.
17. Par « soins tertiaires », on entend des soins qui nécessitent des compétences hautement spécialisées, des technologies particulières et des services de soutien spécialisés.
18. Par « traitement », on entend un plan d'action prescrit ou proposé à une personne par un professionnel de la santé dans le but de trouver des solutions, de soulager les symptômes ou de traiter une maladie ou une blessure ayant amené la personne à chercher des soins.

8. Questions relatives aux programmes et recommandations de l'Étude sur les services de santé

8.1 Introduction

La présente section porte sur les vues du Conseil concernant le rapport de l'Étude sur les services de santé et ses recommandations. Le chapitre comprend également d'autres recommandations dont il n'est pas fait mention dans le rapport de l'Étude sur les services de santé et couvre des secteurs de programmes qui ne sont pas abordés dans le chapitre du présent rapport portant sur le système de santé proposé.

Pour que la vision du Conseil sur le renouvellement du système de santé puisse se réaliser, une nouvelle façon de fournir les services de santé s'impose. Le rapport de l'Étude sur les services de santé contient des recommandations détaillées que le Conseil a examinées dans le but de proposer au gouvernement un schéma directeur du renouvellement.

L'Étude sur les services de santé a fourni au Conseil un contexte et une orientation, mais la discussion ne s'est pas limitée au rapport et à ses recommandations, qui n'ont pas été considérées comme exécutoires. L'Étude a néanmoins fourni au Conseil une orientation pour ses trois premiers mandats.

Les recommandations 1 à 39, à l'exception des recommandations 8, 9 et 16, traitent pour la plupart des changements dans les rôles du ministère de la Santé et du Mieux-être et des régies régionales de la santé.

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

1. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires limite son rôle à l'établissement des buts et objectifs et à la surveillance des progrès vers leur réalisation, à l'exception des secteurs des programmes où des efficiences supérieures peuvent être réalisées dans un contexte de gestion centralisée (p. ex., Assurance-maladie et Plan de médicaments sur ordonnance).

2. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires assume la responsabilité et soit appelé à rendre des comptes sur ce qui suit :

   - L'établissement d'une orientation générale par le biais des lois, des politiques, des règlements, des normes et du niveau de financement dans le cadre desquels le système des services de santé doit fonctionner;
   - La planification des services et programmes qui font partie inhérente du système des soins de santé (c'est-à-dire, le Plan directeur);
   - La planification et la coordination du Plan de médicaments sur ordonnance (PMO), de l'Assurance-maladie et des services où des efficiences supérieures peuvent être réalisées dans un contexte de gestion centralisée.

3. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures délibérées dans le but de reconcentrer ses activités en fonction du nouveau modèle.

4. Que la ministre de la Santé et des Services communautaires établisse des régies régionales de la santé dans chacune des régions sanitaires actuelles.

5. Que la ministre de la Santé et des Services communautaires veille à l'établissement de conseils d'administration pour les régies régionales de la santé.

6. Que la ministre de la Santé et des Services communautaires assure une représentation adéquate des comités consultatifs locaux pour siéger aux conseils d'administration.

7. Que les conseils d'administration assument la responsabilité et rendent des comptes à l'égard de ce qui suit :

   - Promouvoir et protéger la santé de la population dans la région et travailler à la prévention des maladies et des blessures;
   - Évaluer les besoins sanitaires des gens vivant dans la région;
   - Déterminer les priorités en matière de prestation des services de santé dans la région et affecter les ressources en conséquence;
   - Planifier et coordonner la prestation des services de santé requis et les rendre accessibles, y compris les soins primaires, les soins secondaires et les soins tertiaires lorsqu'ils sont désignés dans le Plan directeur, les soins communautaires, les soins à court terme, les soins de réadaptation, les soins de longue durée, de même que les services d'ambulance, les services de santé publique et les services de santé mentale;
   - Assurer un accès raisonnable pour les gens de la région aux soins tertiaires ou autres services de santé qui ne sont pas offerts dans la région;
   - Surveiller et évaluer l'efficacité et l'efficience des services de santé dans la région;
   - Établir des liens formels entre les dispensateurs de services de santé au sein de la région et entre les régions offrant les services de soins tertiaires requis;
   - Gérer l'affectation des fonds publics destinés à la prestation de tous les services pour lesquels ils sont responsables.

8. Que les conseils d'administration veillent à la mise sur pied de comités consultatifs locaux pour chacune des collectivités de leur région.

9. Que l'on confie aux comités consultatifs locaux le mandat d'informer et de conseiller le conseil d'administration de la régie régionale de la santé sur les questions touchant les services de soins de santé au sein de leurs collectivités.

En ce qui concerne les recommandations 8 et 9, le Conseil ne propose dans le présent rapport aucune orientation particulière, car il espère que chaque régie régionale de la santé saura trouver ses propres méthodes pour obtenir la participation des collectivités qu'elle sert.

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

10. Que les rôles et responsabilités des conseils et des comités soient clairement et entièrement délimités et communiqués aux organismes pertinents.

11. Que la ministre de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures précises pour s'assurer qu'il n'y a pas de facteur de dissuasion à l'utilisation des options de prestation de soins communautaires ou inversement, qu'il n'existe pas d'intéressement à l'utilisation des options de prestation de soins en établissement.

12. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mette au point, en collaboration avec les principaux intervenants du domaine, un ensemble de buts, objectifs et indicateurs de rendement adapté au système.

13. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires communique ces buts, objectifs et indicateurs de rendement aux conseils d'administration des régies régionales de la santé.

14. Que l'on confie aux conseils d'administration le mandat de recueillir l'information pertinente devant servir à faciliter l'évaluation de leur rendement.

15. Que les conseils d'administration relèvent de la Ministre quant à leur rendement du point de vue des buts et objectifs établis.

16. Que la ministre de la Santé et des Services communautaires examine les comités consultatifs actuels afin de s'assurer de leur pertinence et de leur efficacité.

L'examen des organismes, conseils et commissions du gouvernement a donné suite au contenu de la recommandation 16. Aucun changement n'a été recommandé.

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

17. Que la ministre de la Santé et des Services communautaires mette sur pied un Conseil de la recherche sur la santé du Nouveau-Brunswick.

18. Que la composition du Conseil comprenne des représentants des comités consultatifs, des conseils d'administration des régies régionales de la santé, du milieu universitaire et d'autres milieux, s'il y a lieu.

19. Que l'on confie au Conseil le mandat initial de fournir à la Ministre l'information pertinente sur les tendances et enjeux liés au système de soins de santé dans une perspective d'établissement des buts.

20. Que le Conseil, dans une seconde étape, assume le mandat de l'évaluation du système de soins de santé de façon permanente et qu'il fasse des recommandations à la Ministre en vue d'apporter des changements fondés sur les résultats.

21. Que le Conseil assume, en particulier, la responsabilité et l'obligation de rendre compte à l'égard de ce qui suit :

    - Mesurer l'état de santé de la population;
    - Mesurer le rendement du système de soins de santé;
    - Publier les taux de rendement des régies régionales de la santé.

22. Que le Conseil favorise une amélioration constante de la qualité en agissant à titre de centre de diffusion des résultats d'une recherche pertinente en appuyant le travail des défenseurs locaux.

23. Que l'on examine la possibilité d'établir des liens entre le Conseil de la recherche sur la santé du Nouveau-Brunswick et le Conseil de la santé de l'Atlantique proposé.

24. Que des liens soient établis, lorsqu'on le juge pertinent, avec d'autres entités gouvernementales ayant une responsabilité à l'égard des déterminants de la santé, soit le Comité spécial du Cabinet sur le renouvellement de la politique sociale.

25. Que la province adopte un modèle de « mieux-être » en matière de soins de santé en mettant sur pied un vaste réseau d'organismes de prestation de services, tels que les centres de soins communautaires, dont l'un des principaux éléments du mandat visera la prévention et l'éducation du public.

26. Que le gouvernement mobilise tous les secteurs de la politique gouvernementale en faveur de la bonne santé en assurant une coordination par le biais d'un comité des sous-ministres dont le mandat consistera à assurer une surveillance constante de l'incidence des politiques nouvelles et anciennes sur les déterminants de la santé.

27. Que le gouvernement rehausse le profil de l'éducation du public et de la promotion de la santé en augmentant les ressources affectées à cette fin.

28. Que le gouvernement favorise la bonne santé en mesurant les extrants plutôt que les intrants de la santé.

29. Que divers centres de soins communautaires soient mis sur pied au Nouveau-Brunswick. La structure des services de soins de santé primaires au palier local ne devrait pas faire l'objet de contraintes et elle devrait être adaptée aux besoins locaux.

30. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires favorise la gestion efficace des maladies chroniques en adoptant une structure de centres de soins communautaires où on pourrait faire intervenir les services de consultation externes, l'éducation du public et les démarches au niveau individuel.

31. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires de même que les services de santé communautaires fassent appel aux connaissances et à l'enthousiasme des personnes faisant partie des groupes de soutien pour les maladies chroniques, afin de faciliter davantage la gestion et le traitement de ces maladies.

32. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires élabore un plan visant à transférer la responsabilité des soins de santé primaires des hôpitaux vers les collectivités.

33. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires s'assure que l'Hôpital extra-mural constitue une composante essentielle des centres de soins communautaires.

34. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures pour s'assurer que les soins hospitaliers sont spécifiquement ciblés sur la prestation des procédures de diagnostic et traitements spécialisés et hautement spécialisés.

35. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures actives pour appuyer le recours à des technologies et des pharmacothérapies novatrices permettant aux gens de demeurer au sein de leur collectivité ou d'y retourner le plus rapidement possible.

36. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires réinvestisse dans le développement de centres de soins communautaires les économies générées par la redéfinition des rôles.

37. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires révise son Plan directeur afin de tenir compte du changement de modèle.

38. Que l'on permette le développement des services de soins tertiaires uniquement là où les principes de prise de décisions en fonction des résultats, la masse critique et les services linguistiques sont respectés.

39. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires initie le public à l'utilisation des centres de soins communautaires, là où il y a lieu de le faire.

À partir de la recommandation 40, les préoccupations soulevées ont trait aux services actuellement offerts et aux problèmes perçus. Des recommandations sont proposées dans le but d'améliorer l'accès des clients et des patients, d'accroître l'efficience et de mieux utiliser les ressources en place en fournissant les soins dans des lieux moins coûteux.

8.2 Soins de courte durée

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

40. Que les régies régionales de la santé améliorent la planification des congés et la planification des congés au palier interrégional, de sorte que des services pertinents soient offerts aux patients requérant des soins de courte durée à leur sortie d'un établissement de soins actifs.

41. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires établisse un protocole pour un système de soutien des soins de courte durée.

Les soins de courte durée complètent la prestation des soins actifs à domicile assurée par le Programme extra-mural. Le service extra-mural permet de quitter l'hôpital plus rapidement, et certaines personnes ont besoin, en plus du service de santé, de services hôteliers tels que l'entretien ménager et la préparation de repas.

La disponibilité de services de soutien continue de préoccuper le Conseil, car les soins de longue durée accaparent une énorme part de la capacité dans le domaine. Le Conseil convient que les régies régionales de la santé doivent renforcer leurs services de soins à domicile. En particulier, dans le cas des congés interrégionaux, la communication avec la collectivité dans laquelle la personne retourne est un aspect à traiter.

Les services à domicile devraient être élargis pour englober les personnes qui, à la suite d'un problème de santé temporaire, ont besoin d'aide à domicile de nature non médicale mais qui, à l'heure actuelle, ne sont pas admissibles à de l'aide si l'incident dure moins de trois mois.

8.3 Soins de longue durée

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

42. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires simplifie et rationalise le processus d'évaluation du Programme d'entrée unique (PEU) tout en s'assurant de consulter les travailleurs pertinents des soins de santé. Le processus devrait être équitable, perçu comme étant équitable et uniformisé dans l'ensemble de la province.

43. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires élabore un processus de réévaluation intégré au PEU étant donné que l'état des patients âgés et des personnes souffrant d'une affection chronique peut s'aggraver avec le temps.

44. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mesure effectivement le travail requis pour dispenser des soins adéquats aux patients des foyers de soins, des foyers de soins spéciaux et des foyers communautaires et paie en fonction du niveau de service requis.

45. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires révise les montants alloués pour les menues dépenses et l'allocation de vêtements, de façon à ce que ce montant permette de combler les besoins de base des pensionnaires.

46. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires examine le niveau de financement pertinent pour les pensionnaires ayant des « droits acquis » dans les foyers de soins spéciaux et verse le montant requis pour dispenser les soins

47. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires verse un salaire adéquat aux auxiliaires familiales, c'est-à-dire, un salaire leur permettant tout au moins de toucher un revenu annuel dépassant le seuil de pauvreté de la province.

De nombreux changements ont eu lieu dans les soins de longue durée depuis le rapport de l'Étude sur les services de santé.

Le ministère des Services familiaux et communautaires a également pris des mesures concernant les outils d'évaluation du point d'entrée unique. Un outil plus court et plus simple est à l'essai dans la région de Moncton et devrait être étendu à l'échelle de la province durant l'année financière en cours.

Les montants accordés aux personnes en foyer de soins spéciaux (110 $ par mois) ou en foyer de soins (88 $ par mois) pour les menues dépenses et l'allocation de vêtements n'ont pas changé. Le Conseil comprend que, parfois, les choix des pensionnaires diffèrent de ce qui est fourni par les foyers et il convient que les pensionnaires qui veulent autre chose devraient payer. En revanche, les sommes accordées en fonction du lieu de placement ne tiennent pas compte de la diversité des pensionnaires, qui peuvent être des personnes âgées, des personnes handicapées physiquement mais compétentes mentalement ou des personnes handicapées mentalement, ni de leur besoin, par exemple, de rendre visite à leur famille, de participer aux activités offertes par le foyer ou de sortir lorsque l'occasion se présente. Trop souvent, il ne reste rien de la somme de 88 $ pour les vêtements de base, et encore moins pour de telles activités. Le Conseil recommande que l'examen se poursuive et que le soutien soit augmenté dans le but de satisfaire de manière appropriée aux besoins des pensionnaires, tout en admettant la nécessité d'avoir des soins de santé abordables.

À la suite de la recommandation 46, un tarif de 36 $ est entré en vigueur le 1er avril 1999. D'autres mesures sont proposées dans les constatations de l'examen des soins de longue durée mené par le ministère des Services communautaires et familiaux.

En 1999, le tarif versé aux organismes de soins à domicile a augmenté de 1 $ l'heure, ce qui a fait passer le tarif de 9,50 $ à 10,50 $. On s'attendait à ce que les auxiliaires familiales reçoivent au moins 0,85 $ de cette hausse.

En transférant la responsabilité du programme des soins de longue durée du ministère de la Santé et du Mieux-être au ministère des Services familiaux et communautaires, le gouvernement a montré qu'il reconnaît que certaines personnes ont besoin à la fois de services de santé et de services sociaux. Le ministère des Services familiaux et communautaires a été prié d'envisager de nouvelles politiques qui tiennent compte de la distinction entre les besoins des personnes handicapées, les besoins des personnes âgées et les besoins des personnes atteintes de maladie mentale ce que le Conseil voit comme une démarche positive. De plus, le Conseil voit les soins à domicile et les soins infirmiers comme partie très intégrante du continuum des services de santé. Pour tenir compte de cette responsabilité partagée, le Conseil recommande que l'élaboration des politiques, le financement et certaines autres fonctions centrales demeurent au ministère des Services familiaux et communautaires, mais que la prestation des services devienne la responsabilité continue des régies régionales de la santé. De cette façon, chaque personne peut passer rapidement et facilement d'un traitement en établissement à des soins à domicile ou en foyer de soins, où les soins appropriés peuvent être facilement organisés. Pour assurer des soins opportuns et homogènes au moyen d'une évaluation et d'un transfert efficaces, la gestion des ressources des soins de longue durée au niveau local doit être confiée à l'équipe de soins de santé qui gère aussi les autres services de soins de santé primaires.

Le Conseil recommande, puisqu'ils constituent un élément essentiel du système des soins de santé, que les soins de longue durée, les soins à domicile et les soins en foyer de soins deviennent un service assuré.

Une telle recommandation sera étayée par les constatations de l'étude sur les besoins de dotation en personnel dans les foyers de soins menée par la direction et les syndicats au sujet des difficultés relatives à la capacité et aux niveaux de soins requis. Le Conseil recommande aussi que le temps consacré aux soins aux patients passe immédiatement de 2,5 heures à 3 heures par jour. D'autres augmentations devraient être accordées à la lumière des constatations de l'étude.

Pour ajouter à l'orientation suivie jusqu'à présent par le ministère des Services familiaux et communautaires, le Conseil met de l'avant d'autres suggestions à prendre en considération dans l'intégration au nouveau système de santé des services de soins de longue durée.

Le Conseil recommande :

- Que les directeurs régionaux aient la possibilité d'approuver le financement de services dont le coût excède le plafond de 2 040 $ pour aider les personnes qui traversent une période de crise, de façon à empêcher le placement peut-être prématuré en foyer de soins.
- Que tous les établissements résidentiels reçoivent le mandat non seulement de fournir des soins de qualité, mais aussi d'offrir aux pensionnaires des possibilités d'accès à des activités propices à leur mieux-être social, spirituel, physique et affectif.

En ce qui concerne les foyers de soins, le Conseil recommande :

- Que la formule de financement actuelle établie en fonction des normes de dotation en personnel infirmier pour les heures de soins soit révisée de façon à ce que la disposition de la Loi sur les foyers de soins exigeant qu'au moins une infirmière ou un infirmier immatriculé soit de garde sur les lieux en tout temps puisse être suivie sans perturber de façon indue les horaires de travail.
- Qu'un plan de recrutement de personnel infirmier qui incorpore les éléments suivants soit élaboré :
  - Accent mis sur les défis et les perspectives d'avenir pour le personnel infirmier immatriculé qu'offrent les soins infirmiers gérontologiques et les soins de longue durée, en particulier dans les foyers de soins.
  - Programme d'alternance travail-études entre le secteur des foyers de soins et les universités afin d'accroître les expériences cliniques en foyer de soins de la population étudiante.
  - Établissement d'un programme officiel d'emplois d'été pour la population étudiante de première et de deuxième année en soins infirmiers.
  - Soutien financier et souplesse des horaires de travail pour le personnel infirmier des foyers de soins qui désire suivre la formation additionnelle nécessaire pour assumer un rôle élargi.
  - Recrutement stratégique d'infirmières praticiennes.
- Que le ministère de la Santé et du Mieux-être, en collaboration avec les régies régionales de la santé et les foyers de soins, élabore une stratégie visant les services de médecin pour assurer des soins médicaux appropriés dans les foyers de soins.

- Que le gouvernement provincial clarifie le mandat des foyers de soins et reconnaisse ces foyers comme les dispensateurs primaires des personnes requérant des soins infirmiers de niveaux 3 ou 4. En conséquence, les foyers de soins doivent recevoir un financement suffisant qui leur permet d'assurer le milieu physique et le personnel nécessaires à la prestation adéquate de ces soins très complexes.

En formulant cette recommandation, le Conseil garde à l'esprit le besoin de souplesse. Il y a des pensionnaires de foyers de soins spéciaux dont l'état se détériore après leur placement qui préfèrent y rester en raison de leurs liens avec les autres pensionnaires et l'exploitant. Des mesures raisonnables seront prises pour satisfaire le désir du pensionnaire.

Le Conseil recommande :

- Que la partie financière du processus d'évaluation soit entamée dès les débuts de l'évaluation des besoins en matière de soins, et que les familles soient informées très tôt des documents à présenter. Le ministère des Services familiaux et communautaires devrait aussi déterminer d'autres mesures qui pourraient être appliquées de façon à alléger le fardeau financier des foyers de soins dans les cas où l'évaluation financière est encore en cours, alors que le placement de la personne a été approuvé.
- Que les visites d'inspection relatives à la délivrance des permis de foyer de soins soient coordonnées à l'avance avec les foyers de soins. L'évaluation relative au permis devrait prendre en considération les conditions d'agrément auxquelles le foyer de soins répond.

8.4 Services d'ambulance

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

48. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mette au point des indicateurs de rendement à l'égard des dispensateurs de services d'ambulance afin d'assurer des niveaux de services adéquats et uniformes à tous les résidents de la province.
49. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires augmente les normes des services d'ambulance, de façon à assurer la présence d'un technicien en mesures d'urgences 2 (TMU2) pour tous les appels d'urgence.
50. Que les frais des services d'ambulance soient établis en fonction du revenu du bénéficiaire du service à l'aide d'un mode de droit de participation en fonction de l'évaluation du revenu.

Le service d'ambulance est un élément essentiel du nouveau système, et le chapitre sur le système de santé proposé en discute longuement.

8.5 Produits pharmaceutiques

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

51. Que la directive à l'égard de la carte d'assistance médicale soit révisée, afin que l'accès à cette carte ne constitue pas un facteur de dissuasion à l'égard d'un emploi lucratif.

52. Que le seuil du faible revenu soit utilisé comme point de repère pour permettre à un travailleur à faible revenu d'avoir accès à une carte d'assistance médicale.

53. Que la politique du Plan de médicaments sur ordonnance soit révisée, afin que les personnes touchant un revenu restreint qui sont atteintes d'une maladie chronique entraînant des frais pharmaceutiques élevés obtiennent l'accès à un régime de protection particulier à ce type de client, incluant toutes les fournitures requises pour traiter leur maladie.

54. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires se penche sur le développement futur du rôle du pharmacien.

55. Que les hôpitaux mettent l'accent sur des soins pharmaceutiques uniformes en prévoyant des services de counselling aux patients/clients à leur sortie de l'hôpital de même que sur l'information après l'hospitalisation à l'intention des dispensateurs de soins de santé à l'extérieur de l'hôpital, y compris les pharmaciens locaux.

56. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires, en collaboration avec le Collège des médecins et chirurgiens et l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick, détermine le moyen à mettre en œuvre pour régler les problèmes de polypharmacie.

La question de l'accès à des produits pharmaceutiques non inscrits au recueil provincial pour le traitement de la sclérose en plaques a été longuement discutée. Des mesures ont été prises. Depuis, le Nouveau-Brunswick est devenu un joueur de premier plan dans les efforts visant à établir un processus d'approbation commun des produits pharmaceutiques pour l'ensemble des Canadiens, ou du moins parmi les provinces de l'Atlantique. Le Conseil voit ces efforts comme une démarche positive et constructive et encourage le gouvernement à continuer.

La question de l'accès à une carte d'assistance médicale est de nouveau à l'étude au ministère des Services familiaux et communautaires, qui examine les facteurs de dissuasion à l'égard du travail. Le Conseil encourage le gouvernement à explorer plus en profondeur les besoins de tous les petits salariés, pas seulement ceux des bénéficiaires d'aide, de façon à ce que, au fur et à mesure que les ressources le permettent, la protection actuelle puisse être élargie.

Dans la mise en place du dossier médical électronique, on devrait accorder la priorité aux médicaments (une personne pour un profil pharmaceutique) dans tous les points de prestation des soins de santé. Les réussites et les avantages de tels systèmes ont été démontrés dans d'autres provinces et pays.

Le Conseil recommande que l'approbation de l'ajout de médicaments au recueil des régies régionales de la santé et au recueil provincial des médicaments sur ordonnance soit un processus de collaboration.

Des gens qui pourraient obtenir leur congé sont gardés à l'hôpital au lieu d'aller dans d'autres lieux de prestation de soins ou de retourner chez eux afin de continuer à recevoir des médicaments qui ne sont pas couverts par les différents recueils. Cette dépense supplémentaire inutile est une conséquence de décisions prises dans l'isolement par différents programmes, sans égard aux besoins des patients et du système dans son ensemble. D'autres problèmes du genre existent du fait que de nouveaux neuroleptiques pour le traitement de personnes atteintes de maladie mentale et le traitement des symptômes de la maladie d'Alzheimer et autres démences ne sont pas encore approuvés.

En plus de pleinement appuyer les recommandations concernant les produits pharmaceutiques, le Conseil recommande :

- Que des mécanismes soient instaurés entre le Plan de médicaments sur ordonnance et les régies régionales de la santé en vue d'harmoniser les recueils pour éviter l'interruption de la protection lorsque le patient passe d'un service à un autre, par exemple de l'hôpital au foyer de soins.
- Que le ministère de la Santé et du Mieux-être détermine les groupes de citoyens qui n'ont actuellement aucune assurance-médicaments (environ 18 % de population) et explore la faisabilité d'étendre la protection. Une telle protection fera en sorte que les gens auront accès aux médicaments sur ordonnance dont ils ont besoin. Le rôle des médicaments dans le maintien ou le rétablissement de la santé et dans la réduction du recours à des services de santé plus coûteux a été démontré.

8.6 Services aux Premières nations

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

57. Que les services de santé actuellement offerts dans chacune des réserves du Nouveau-Brunswick soient examinés afin de s'assurer que des programmes de santé adéquats et uniformisés, offerts par tous les niveaux de gouvernement, sont accessibles à tous. Une fois l'étude terminée, il faudra se pencher sur les besoins de services, s'il y a lieu, et envisager la mise en place de nouveaux systèmes assurant la prestation de ces services par le biais des soins de santé communautaires.

58. Que les relations entre le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial et la Première nation soient améliorées afin de favoriser un partenariat dans la prestation des services et de permettre l'accès à des programmes de santé. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick exercera un rôle de leadership dans cet exercice.

59. Que les fonctionnaires provinciaux pertinents du domaine de la santé rencontrent le personnel des différentes bandes afin d'établir un processus permettant aux membres de la Première nation de conserver leur carte d'assurance-maladie malgré la nature transitoire de leur mode de vie. L'utilisation des structures actuelles, comme les bureaux de la bande, dans le but de coordonner cette administration s'est révélée efficace par le passé.

Les peuples des Premières nations du Nouveau-Brunswick ont accès à des services de soins de santé assurés. Des services sont également offerts dans la plupart des communautés autochtones, mais on se préoccupe de leur maintien en raison de la décision du gouvernement fédéral de se retirer de la prestation directe. Les régies régionales de la santé devront voir comment elles peuvent aider ou compléter les services fournis.

Le gouvernement fédéral transfère des fonds destinés aux soins de santé pour chaque personne autochtone, mais les services ne sont pas fournis de manière uniforme partout dans la province. Les responsabilités du gouvernement fédéral, du gouvernement provincial et des communautés des Premières nations ne sont pas clairement définies.

Le Conseil recommande :

- Que le comité tripartite actuel, composé de représentants du gouvernement fédéral, du gouvernement provincial et des Premières nations, se réunisse chaque trimestre. Le comité devrait aider à définir les rôles du gouvernement fédéral, du gouvernement provincial et des Premières nations dans la prestation de soins de santé aux peuples des Premières nations.

Au cours des dernières années, des changements positifs ont eu lieu dans la prestation de services de santé aux Premières nations, dont :

- La perception du Programme extra-mural comme un service qui amène l'expertise vers les clients.
- L'établissement de comités de liaison des Premières nations avec la plupart des corporations hospitalières régionales, ce qui a atténué les obstacles et les préoccupations.
- La tenue de séances de sensibilisation transculturelle dans certaines régions sanitaires. De nombreux dispensateurs de soins de santé ne connaissent pas les services offerts dans les communautés des Premières nations aux fins de planification du suivi ou de la sortie. L'information communiquée aux médecins, au personnel infirmier et aux pharmaciens commence à porter fruit, mais on pourrait et on devrait en faire plus.
- L'échange d'expertise dans les domaines de l'entretien ménager et des services alimentaires, des soins à domicile et des services de gestion entre les corporations hospitalières régionales et les centres de santé des Premières nations a amélioré la reddition de comptes et renforcé la prestation de services dans certains centres de santé des Premières nations.

Le gouvernement provincial fournit une carte d'assurance-maladie à tous les résidents du Nouveau-Brunswick, y compris les autochtones qui vivent dans des communautés des Premières nations. Les autochtones du Nouveau-Brunswick ont la double citoyenneté et peuvent traverser à leur gré la frontière entre le Canada et les États-Unis. Pour conserver sa carte d'assurance-maladie, la personne doit résider au Nouveau-Brunswick. En conséquence, cette carte tend à être annulée chaque fois qu'une personne autochtone quitte la province durant une période prolongée. Le processus à suivre pour rétablir la carte est lourd. Une adresse permanente est exigée, et il arrive que les autochtones n'aient pas d'adresse fixe.

Le Conseil recommande :

- Qu'un mécanisme soit mis au point pour régler la question de la carte d'assurance-maladie pour tous les gens du Nouveau-Brunswick qui n'ont pas d'adresse permanente au Nouveau-Brunswick.
- Par l'entremise du comité tripartite, le ministère des Services familiaux et communautaires devrait travailler avec les conseils de bande pour trouver une solution à la question de la carte d'assurance-maladie des personnes qui reviennent dans la province pour habiter dans une communauté des Premières nations.

Les comités de liaison des Premières nations ont entraîné des résultats positifs pour les soins de santé des autochtones. La compétence de ces comités se limite toutefois aux soins hospitaliers et aux services d'urgence. Les régies régionales de la santé, dont la gamme de programmes et de services est plus vaste, offriraient l'occasion d'élargir la discussion pour englober tous les soins de santé primaires.

Le Conseil recommande :

- Que des comités de liaison des Premières nations soient établis entre les communautés des Premières nations et les régies régionales de la santé et que ces comités tiennent des réunions régulières. Ces comités doivent avoir accès à une instance supérieure au palier provincial pour faire part de leurs préoccupations communes et traiter les questions d'intérêt provincial. Outre la carte d'assurance-maladie, d'autres questions sont pressantes, notamment les statistiques sur les soins de santé dispensés aux autochtones, les services de santé mentale, la mauvaise utilisation des médicaments sur ordonnance, l'augmentation du nombre de non-autochtones qui vivent dans des communautés des Premières nations et l'accès à des services de réadaptation tels que la physiothérapie et l'ergothérapie.

8.7 Services de santé publique

Le Conseil reconnaît l'important apport des Services de santé publique à la santé de la population du Nouveau-Brunswick. Dans le but de renforcer ces services, le Conseil recommande :

- Que les régies régionales de la santé reçoivent du ministère de la Santé et du Mieux-être le financement destiné au développement communautaire et aux programmes visant à aider les enfants, les adultes et les personnes âgées à élargir leurs choix de modes de vie pour y inclure l'activité physique, des habitudes alimentaires saines, une utilisation appropriée des médicaments, la participation communautaire, la réduction de l'usage de tabac et d'alcool, l'établissement d'un milieu familial sûr pour les enfants et les personnes âgées, l'incitation à une utilisation appropriée à l'âge des véhicules motorisés et le port d'équipement de protection dans la pratique d'activités sportives.
- Que les régies régionales de la santé reçoivent du ministère de la Santé et du Mieux-être le financement destiné à la prestation de services de santé complets aux enfants, y compris :
  - les soins prénatals et postnatals;

- une évaluation à domicile de tous les nouveau-nés dans les trois jours suivant leur sortie de l'hôpital;
- des conseils et du soutien pour l'allaitement maternel;
- le développement de la petite enfance et la maturité scolaire;
- la santé à l'école;
- des services de dépistage des troubles de la vue, de l'audition et de la parole et des services d'hygiène dentaire;
- une formation en compétences parentales et en aptitudes à la vie quotidienne;
- une évaluation et des conseils en matière de nutrition;
- des cliniques de vaccination et des cliniques destinées aux bébés et aux enfants d'âge préscolaire;
- l'évaluation cognitive des enfants d'âge préscolaire;
- une aide financière suffisante pour soutenir les besoins de base des enfants;
- une aide financière suffisante pour soutenir la participation des parents au plan de soins.

• Que les services de santé sexuelle fournis par les centres de santé sexuelle soient offerts à tous les adultes, quels que soient leur âge et leur état matrimonial. À l'heure actuelle, les services sont limités aux adolescents et aux adultes célibataires âgés de 20 à 24 ans.

Un approvisionnement fiable en eau potable sûre est important pour la santé de tous les Néo-Brunswickois. Les graves incidents qui ont lieu récemment à Walkerton, en Ontario, nous ont rappelé de façon pénible que la consommation d'eau insalubre peut entraîner de graves problèmes de santé ou la mort. Environ 40 % de la population du Nouveau-Brunswick habite dans de petites villes ou en région rurale, où la principale source d'approvisionnement en eau est le puits domestique. Le coût minimum des analyses d'eau à l'été 2001 était de 40 $, ce qui n'est pas à la portée de tous les Néo-Brunswickois. Un projet d'analyse de l'eau des puits domestiques mené durant l'été 2001 et parrainé par le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux a révélé qu'un très faible pourcentage de propriétaires se prévalent du service, même parmi ceux qui ont les moyens de payer.

Le Conseil recommande :

• Que le ministère de l'Environnement et des Gouvernements locaux et le ministère de la Santé et du Mieux-être élaborent aux fins de considération par le gouvernement des propositions de programmes visant à assurer l'analyse au moins annuelle de l'eau des puits domestiques. Les Néo-Brunswickois qui en ont les moyens paieraient pour le service.

8.8 Services de santé mentale

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

60. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires et les comités consultatifs locaux poursuivent des campagnes de sensibilisation du public visant à familiariser davantage le public avec les particularités de la maladie mentale.

61. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures pour informer et éduquer tous les travailleurs de première ligne en contact avec les personnes atteintes de maladie mentale ou leur famille sur la nature de la maladie mentale et les besoins qui s'y rattachent.

62. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires s'assure que le Plan des ressources médicales comprenne des stratégies visant à attirer et à conserver le nombre de psychiatres requis pour combler les besoins de la province.

63. Que les régies régionales de la santé s'assurent que le personnel de leurs salles d'urgence ont facilement accès à des services de santé mentale pour s'occuper des patients/clients qui se présentent en situation de crise.

64. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires s'assure que les collectivités rurales ont un accès adéquat aux services de santé mentale.

65. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires examine la faisabilité d'une extension de la protection de l'Assurance-maladie au counselling psychologique.

66. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires modifie le recueil de médicaments thérapeutiques, afin d'y inclure la nouvelle génération des neuroleptiques.

67. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires entame des discussions avec le ministère du Développement des ressources humaines du NB, afin d'étudier la possibilité de modifier l'utilisation de la carte d'assistance médicale.

68. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires réduise la charge de travail des travailleurs de la santé mentale afin de permettre une gestion de cas plus active auprès des clients à risque.

69. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires examine le rôle des pharmaciens dans les collectivités locales dans une perspective de participation à l'équipe de gestion de cas.

70. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires amorce des discussions avec le ministère des Municipalités et de l'Habitation afin d'examiner l'accès et les normes en matière de logement à l'intention des personnes souffrant d'une maladie mentale.

71. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne les mesures nécessaires pour augmenter les possibilités d'accès à des programmes de formation professionnelle et de soutien à l'emploi.

72. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires fasse une analyse de l'outil et du processus d'évaluation du Point d'entrée unique afin de s'assurer de leur pertinence dans le cas des personnes atteintes d'une maladie mentale.

73. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires explore des moyens et des façons d'élargir la gamme actuelle des services de relève.

74. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires s'assure que les consommateurs et les intervenants sont consultés régulièrement selon un calendrier établi.

75. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires se penche sur l'écart apparent entre sa perception de la situation des services de santé mentale et celle des personnes qui travaillent dans ce domaine.

Les Services de santé mentale jouent un rôle crucial dans la santé et le bien-être de la population. À bien des égards, les personnes qui travaillent dans le domaine des services de santé mentale doivent composer avec des problèmes plus importants que le problème énoncé; les solutions doivent donc relever d'une approche holistique. Pour y parvenir, il est nécessaire que la prestation des services prenne en considération l'environnement général de la personne.

Une fois qu'il est accédé aux services, ceux-ci sont de qualité et très utiles, d'après ce que disent les Néo-Brunswickois. Toutefois, le défi pour bon nombre est d'avoir accès aux services en temps opportun. Étant donné les ressources limitées, l'accent est mis sur les problèmes de santé les plus aigus, et peu d'importance est accordée à l'intervention précoce ou à la prévention. De plus, la gamme et la quantité de services offerts varient grandement d'un endroit à un autre. Le programme actuel des Services de santé mentale est perçu comme le seul mécanisme public grâce auquel la population du Nouveau-Brunswick peut avoir accès au soutien et aux services requis pour prévenir, traiter et contrôler les problèmes affectifs ou la maladie mentale.

À la lumière des discussions tenues avec les dispensateurs et les intervenants, le Conseil recommande ce qui suit :

8.8.2 Accès

Qu'une importance accrue soit accordée à la prévention, à la promotion, à l'éducation ainsi qu'à l'établissement du diagnostic. Les méthodes de travail doivent être fondées sur une orientation claire et uniforme. Les mesures de la charge de travail et le temps consacré aux plans d'intervention devraient correspondre aux normes provinciales établies, et les méthodes de planification et de gestion de cas devraient être surveillées à l'aide de pratiques exemplaires pour assurer l'utilisation la plus efficiente des ressources. Des rôles élargis pour les cliniciens devraient être explorés, et d'autres possibilités de soutien communautaire pour les clients qui ont besoin d'aide entre les consultations et une approche uniforme et holistique des interventions devraient être envisagées.

Le Conseil sait que certains de ces domaines font actuellement l'objet d'un examen et que des normes sont déjà en vigueur. Cependant, à la lumière de la proposition d'intégration plus large des services de santé et d'un nouveau modèle de prestation des services, une analyse en profondeur de la prestation des services de santé mentale devrait avoir lieu. Le Conseil recommande que la mise en œuvre de la nouvelle approche de la prestation des services offre des possibilités de rationalisation et de raffinement à cet égard. En particulier, la durée du traitement, la charge de travail et l'accès (temps d'attente) semblent varier d'un endroit à l'autre. Ces éléments devraient être plus uniformes partout dans la province. Le Conseil reconnaît aussi que le traitement des maladies mentales est complexe, et les recettes préétablies de traitement ne sont pas toujours pertinentes. Il y a toutefois des mesures et des approches qui peuvent être systématiquement appliquées pour assurer les meilleurs résultats possible.

8.8.2 Réseaux et partenariats

Les spécialistes en santé mentale devraient participer à l'élaboration et au raffinement des politiques publiques favorisant la santé dans tous les secteurs qui sont considérés comme un prolongement des services de santé mentale. Par exemple, pour ce qui est de l'amélioration des services et des choix en matière d'établissements résidentiels, des spécialistes en santé mentale devraient participer à la planification et à la détermination du genre et du besoin d'établissements résidentiels pour assurer des choix adéquats et de qualité aux personnes ayant une déficience mentale ou affective. Ils devraient aussi être consultés dans la modification des politiques qui contribuent à dissuader les gens de participer à des programmes d'emploi ou d'éducation visant à accroître l'autosuffisance et l'autonomie, par exemple par crainte de perdre leur carte d'assistance médicale.

Il est temps d'examiner les méthodes d'orientation et de suivi par d'autres ministères dont le travail a des conséquences sur l'utilisation des services de santé mentale. Ainsi, les systèmes juridiques et correctionnels comptent sur ces services pour la réalisation des évaluations et la prestation des traitements ordonnés par la cour. Le Conseil a entendu que la révision des protocoles actuels d'orientation et de suivi pourrait mener à des améliorations.

8.8.3 Recours à la technologie

Servir les régions rurales et isolées de la province demeure un défi. La satisfaction systématique des besoins exige des méthodes créatrices et innovatrices. De telles méthodes sont actuellement possibles grâce à la télépsychiatrie, et elles devraient être largement appliquées pour compenser la disponibilité limitée des ressources spécialisées.

8.8.4 Intervention en situation de crise

Les professionnels de la santé doivent pouvoir orienter les personnes en crise dans les meilleurs délais. Plusieurs modèles efficaces sont en vigueur dans la province. Cependant, certaines régions continuent à être privées d'un accès 24 heures sur 24, sept jours sur sept, qui est crucial. Le Conseil insiste fortement sur la nécessité de mettre en œuvre de manière uniforme partout dans la province des pratiques exemplaires en matière d'intervention en cas de crise pour assurer un accès uniforme et efficace aux services lorsqu'il y a lieu.

8.8.5 Liens entre les dépendances et la santé mentale

À l'heure actuelle, les services de santé mentale et les services de traitement des dépendances sont fournis selon des mécanismes distincts. La santé mentale est la responsabilité du ministère de la Santé et du Mieux-être, tandis que le traitement des dépendances relève des corporations hospitalières régionales. Le Conseil propose de regrouper les deux services sous l'autorité des régies régionales de la santé pour faciliter le soutien des clients qui reçoivent les deux genres de services.

Le Conseil propose également ce qui suit :

- Élargir les liens entre les services de traitement des dépendances et les services de santé mentale pour permettre une formation croisée des professionnels et favoriser l'innovation dans les stratégies de prévention et de promotion visant les personnes qui reçoivent les deux genres de services.
- Poursuivre l'expansion du modèle de traitement pour les jeunes dans le cadre des services de traitement des dépendances afin d'assurer leur accès partout dans la province et dans toutes les écoles. Il se pourrait qu'on puisse élargir la portée des stratégies actuelles de prévention et de promotion visant les jeunes en planifiant en commun et en optimisant l'utilisation des ressources actuelles parmi les stratégies des services de traitement des dépendances et le stratégies des Services de santé mentale.

8.8.6 Changements récents

La directive récente du gouvernement visant la création d'un cadre stratégique distinct pour les personnes handicapées qui ont accès aux services par l'entremise du programme des soins de longue durée aura des répercussions positives pour les personnes atteintes de maladies mentales chroniques. Ce changement permettra l'utilisation d'un meilleur outil d'évaluation qui tient compte des besoins spéciaux et des capacités des personnes atteintes de maladie mentale.

8.8.7 Participation des organisations communautaires

Les régies régionales de la santé doivent travailler de près avec le personnel et les organisations de service bénévoles qui œuvrent auprès des personnes atteintes de maladie mentale et avec le personnel des Services de santé mentale. Les efforts et le potentiel énormes de ces organismes communautaires doivent être soutenus.

8.9 Services de réadaptation

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

76. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires confie aux audiologistes le mandat de desservir la population des foyers de soins.

77. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires confie aux audiologistes le mandat d'offrir des services de réadaptation dans le cadre de leur pratique normale.

78. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures pour permettre aux audiologistes d'offrir davantage de services de prévention et d'éducation.

79. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mandate des emplacements choisis pour offrir des services diagnostiques spécialisés, comme les épreuves de dépistage des troubles auditifs centraux, et ce, pour l'ensemble de la province.

80. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires modifie le plan des ressources en matière de services de réadaptation pour tenir compte de ces besoins.

81. Que le plan des services de réadaptation soit modifié pour permettre aux orthophonistes d'offrir davantage de services d'éducation et de prévention.

82. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des dispositions pour s'assurer que, dans toute la mesure du possible, les orthophonistes puissent exercer dans leur domaine de spécialité.

83. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures pour garantir sur une base permanente l'approvisionnement adéquat d'ur. équipement moderne destiné à soutenir les activités de réadaptation.

84. Que le minis'ère de la Santé et des Services communautaires prenne les dispositions nécessaires pour que le plan des services de réadaptation détermine le nombre d'ergothérapeutes en fonction des besoins relatifs à leurs services.

85. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures pour s'assurer que le plan des services de réadaptation tienne compte du nombre de physiothérapeutes requis pour assurer la prestation d'un service adéquat.

86. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires réévalue le plan des services de réadaptation et prenne des mesures pour mettre en œuvre les stratégies en suspens.

87. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires prenne des mesures correctives relativement à la prestation d'un soutien administratif à l'intention des services de réadaptation.

88. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires reconnaisse le travail accompli par les membres du Comité consultatif sur la réadaptation et prenne des mesures pertinentes pour donner suite à leurs propositions.

Le renouvellement du système de santé demande une approche très différente de la prestation des services par rapport à ce que l'on connaît aujourd'hui. La prestation des services de réadaptation devra donc subir des rajustements importants aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire afin d'être pleinement intégrée à un système de soins homogène.

Dans son évaluation, le Conseil a fait une distinction entre les services de réadaptation visant le rétablissement des fonctions perdues à la suite d'une incapacité ou d'une blessure, et les services de soutien visant à maximiser les capacités quotidiennes ou à répondre à des besoins de formation professionnelle. Le Conseil s'est penché sur le premier aspect.

Dans un système de services de réadaptation modifié, le Conseil recommande :

- Que le milieu hospitalier soit doté d'un personnel professionnel en réadaptation suffisant et approprié pour être en mesure de fournir sur place les interventions immédiates nécessaires.
- Que deux démarches soient possibles selon l'étendue et la complexité des activités de rétablissement dont la personne a besoin pour atteindre son potentiel maximum :
  - À sa sortie, la personne peut avoir accès au système de soins primaires dans un centre de santé communautaire, ce qui assurera l'exécution d'un plan de réadaptation approprié. Les services de réadaptation ambulatoires actuellement offerts dans les hôpitaux seraient intégrés au système de soins primaires. Les centres de santé communautaires seraient chargés de répondre aux besoins de la population scolaire, de la population des foyers de soins, de la population des foyers de soins spéciaux et des personnes qui obtiennent leur congé d'un établissement de soins secondaires ou tertiaires.
  - Une personne dont les besoins sont complexes et multiples à la suite d'une blessure ou d'une incapacité grave sera traitée dans un établissement provincial de réadaptation tertiaire. Le Conseil appuie la nécessité d'un établissement de soins tertiaires provincial moderne et félicite le gouvernement pour avoir fait part de son intention d'y accorder la priorité. Le nouvel établissement doit être doté de ressources spécialisées et avoir la capacité de fournir des services et du soutien externes aux établissements de soins primaires et secondaires.

Les dispensateurs de services de réadaptation savent que des interventions précoces mènent à de meilleurs résultats. À l'heure actuelle, les listes d'attente à tous les niveaux du système ne cessent de s'allonger. De plus, d'importants besoins de réadaptation de certains groupes de clients ne sont pas satisfaits, notamment les personnes âgées en foyer de soins. Traiter ces besoins atténuera la pression exercée sur d'autres parties du système. Par exemple, voir aux besoins en réadaptation des pensionnaires des foyers de soins entraînerait une diminution du nombre d'heures de soins requis en empêchant la détérioration des aptitudes à la vie quotidienne.

Les services de réadaptation vont au-delà des services habituellement fournis par les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les audiologistes et les orthophonistes. Tous les professionnels de la santé jouent un rôle dans la réadaptation, en particulier les inhalothérapeutes, les diététistes, les psychologues, les travailleurs sociaux et le personnel infirmier. Le Conseil reconnaît le plan directeur des services de réadaptation du ministère de la Santé et du Mieux-être, paru en 1994. L'Étude sur les services de santé a déterminé la nécessité de mettre le plan à jour.

Le Conseil recommande :

- Que le ministère de la Santé et du Mieux-être réalise un examen exhaustif du plan directeur des services de réadaptation en tenant compte des modifications exigées par le renouvellement du système de santé que propose le Conseil.
- Dans le cadre de l'examen du plan directeur des services de réadaptation, que les liens possibles avec le Centre de rééducation professionnelle de Grand Bay soient explorés.

Le Conseil souligne les pénuries actuelles et prévues de personnel en réadaptation. Le Conseil recommande :

- Que le ministère de la Santé et du Mieux-être prenne des mesures immédiates pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie de recrutement et de maintien.

Les services de nos dispensateurs en réadaptation ne sont pas utilisés de la manière la plus efficace. En effet, les plans de réadaptation comprennent des fonctions qui pourraient être assumées par des aides en réadaptation, ce qui libérerait les professionnels, qui pourraient alors consacrer un temps précieux à la satisfaction d'autres besoins.

À cet égard, le Conseil recommande :

- Que des postes d'aide en réadaptation soient créés. La formation consisterait en un programme de soins infirmiers auxiliaires de base auquel s'ajoute un module en réadaptation et des stages en milieu de travail. Au point de services, le rôle de l'aide en réadaptation serait général ou spécialisé.

Le Conseil reprend les recommandations de l'Étude sur les services de santé en ce qui concerne les audiologistes. De plus, le Conseil voit un rôle pour les services d'audiologie dans le système de soins primaires. Ce rôle devra être évalué plus en détail dans la révision du plan directeur des services de réadaptation.

Le Conseil a relevé le besoin d'accroître l'expérience clinique pratique en exposant les stagiaires à des cas de pédiatrie afin de mieux préparer ces dispensateurs à satisfaire aux besoins du Nouveau-Brunswick.

Un certain nombre d'autres recommandations ont émergé de l'évaluation par le Conseil des services de réadaptation, notamment :

- Que l'expertise clinique dans les domaines de la réadaptation soit améliorée à l'échelle provinciale et régionale afin d'aider les gestionnaires et les dispensateurs.
- Que les régies régionales de la santé explorent avec les intervenants clés différentes options visant à satisfaire les besoins des groupes mal servis (par exemple les personnes sourdes ou malentendantes).

- Qu'un programme provincial coordonné de matériel de réadaptation, doté d'un registre central, soit établi et intégré à l'élargissement du programme actuel de recyclage du matériel de réadaptation dispensé par le ministère des Services familiaux et communautaires.
- Que les professionnels en réadaptation reçoivent le mandat de faire de l'éducation et de la prévention à tous les niveaux, c.-à-d. à l'intention de clients individuels, de groupes de clients et de la population en général.
- Que le gouvernement prenne des initiatives de politique publique qui visent la réduction des blessures dans la pratique d'activités de loisirs, au travail et à domicile.

Comme pour tous les services, l'élaboration de normes de service appropriées sera un travail continu.

8.10 Services médicaux

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

89. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires, en collaboration avec d'autres paliers gouvernementaux, avec le Comité consultatif sur les ressources médicales (CCRM), la Société médicale du Nouveau-Brunswick, les régies régionales de santé, les municipalités, les associations professionnelles et le milieu des affaires, élabore une stratégie globale coordonnée en vue d'assurer le recrutement et la conservation des médecins.

90. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires se renseigne sur la perception chez les étudiants des facultés de médecine selon laquelle le Nouveau-Brunswick est « fermé » aux nouveaux médecins et qu'il prenne les mesures pertinentes pour modifier cette perception.

91. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires étende les stages de formation des spécialités aux hôpitaux situés à l'extérieur de Saint John, Fredericton et Moncton, compte tenu de leur infrastructure, afin d'offrir des stages dans des milieux plus ruraux.

92. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires examine plus attentivement les divers types de rémunération des médecins.

Depuis 1999, le ministère de la Santé et du Mieux-être a pris des mesures pour augmenter le nombre de places dans les écoles de médecine. De plus, il a nommé une agente provinciale du recrutement pour travailler auprès des étudiants en médecine du Nouveau-Brunswick. De telles questions nécessiteront une attention soutenue.

Les dispensateurs de services de santé sont aujourd'hui l'atout le plus important de notre système. Des médecins de famille ont participé au dialogue sur le renouvellement des soins de santé primaires et sur les défis et les possibilités qu'il pourrait représenter pour les médecins. Les rétroactions recueillies au cours de ces séances ont été communiquées au ministère de la Santé et du Mieux-être. La mise en œuvre des changements proposés par le Conseil ne peut avoir lieu qu'avec la pleine participation de ces professionnels.

Les relations entre le gouvernement provincial et les médecins subissent les contrecoups des tensions et des décisions de la dernière décennie. La pénurie de médecins a aussi accru le fardeau. Il est essentiel de rétablir un dialogue ouvert et honnête entre les deux parties si l'on veut aller de l'avant. Le renouvellement des soins primaires ne doit pas se faire sous la contrainte. Tandis que de nombreux médecins de famille se réjouissent du changement, d'autres sont moins d'accord. Le système doit trouver un moyen de travailler avec les deux groupes.

Pour rétablir les relations et aller de l'avant avec le renouvellement des soins primaires, le Conseil recommande :

- Que le ministère de la Santé et du Mieux-être établisse un comité structuré faisant appel au Collège des médecins de famille du Nouveau-Brunswick, au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick et à la Société médicale du Nouveau-Brunswick dans le but de déterminer les obstacles et des solutions à la réalisation du renouvellement des soins primaires.
- Que le gouvernement provincial explore en détail et instaure d'autres modes de rémunération des médecins. La rémunération à l'acte est un mode que certains médecins continueront de choisir. À cet égard, le barème doit être rajusté pour rémunérer une approche plus holistique de la médecine familiale.

Il existe dans la province de nombreux modèles de pratique complémentaire et de pratique en groupe, au sein desquels les médecins, le personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé travaillent ensemble pour mieux répondre aux besoins de la population du Nouveau-Brunswick. Dans ces modèles, les rôles traditionnels des différents dispensateurs sont, à des degrés divers, modifiés. Cependant, à leur mise en œuvre, ces modèles ne comportaient pas de plan d'évaluation, de sorte qu'on n'a pas de données valides et fiables pour évaluer ces modèles et formuler des constatations crédibles sur les résultats. Le Conseil presse le ministère de la Santé et du Mieux-être d'adopter comme directive l'inclusion d'un plan d'évaluation dans toute nouvelle initiative entreprise dans le cadre du renouvellement des soins primaires.

8.11 Services infirmiers

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

93. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mette à jour et applique le Plan de gestion des ressources et des services infirmiers afin qu'à l'augmentation des besoins des patients corresponde une augmentation équivalente des niveaux de dotation en personnel.

94. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires se penche sur le problème de l'augmentation des emplois occasionnels chez les infirmières et infirmiers exerçant dans les hôpitaux.

95. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires envisage la possibilité de retirer les obstacles administratifs et législatifs restreignant la capacité du système d'élargir le rôle des infirmières et infirmiers et d'utiliser leurs services de façon plus efficiente.

96. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires, conformément à la vision proposée en matière de prestation des soins de santé, envisage l'élaboration et la mise en œuvre de projets provinciaux faisant appel à l'intervention d'infirmières de pratique avancée dans certains contextes, dont les services d'urgence et les centres de soins communautaires.

97. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires examine le modèle de prestation de soins infirmiers en cabinet à l'intention des cabinets de médecins du Nouveau-Brunswick, en envisageant la possibilité de verser des salaires ou de consentir une rémunération à l'acte.

Le gouvernement mérite d'être félicité pour avoir créé 300 postes infirmiers à temps plein en 1999 afin de traiter la question de la précarité croissante des emplois en soins infirmiers. Tant le Conseil que le ministère de la Santé et du Mieux-être se sont penchés sur les obstacles qui empêchent le personnel infirmier d'accomplir toutes les fonctions pour lesquelles il est formé. L'élargissement des rôles infirmiers et la légitimation des activités élargies sont également explorés. Ce travail sera approfondi au sein du comité d'intervenants sur l'utilisation des ressources infirmières récemment établi par le ministère de la Santé et du Mieux-être. Ce comité a reçu le mandat d'offrir des conseils et de présenter des stratégies concernant l'ajout d'infirmières praticiennes au système et de se pencher sur les obstacles qui empêchent le personnel infirmier et le personnel infirmier auxiliaire immatriculé d'exercer leur plein champ d'activité.

Le Conseil appuie la venue des infirmières praticiennes dans le système en tant que membres de l'équipe de prestation des services et veut voir des programmes d'infirmière/infirmier praticien offerts dans les deux langues officielles. De plus, il est nécessaire d'offrir au personnel infirmier en poste qui désire étudier à temps plein pour devenir infirmière ou infirmier praticien un soutien financier et un congé d'études. Le ministère de la Santé et du Mieux-être a déterminé des points de services préliminaires où il serait possible de mettre en place ce nouveau rôle infirmier. Il s'agit notamment des salles d'urgence, des foyers de soins et des centres de santé communautaires. Les lieux d'exercice des infirmières praticiennes seront élargis avec le temps. Les infirmières praticiennes ne remplaceront pas les médecins; elles travailleront en partenariat avec tous les autres membres de l'équipe de prestation des services. Le Conseil presse fortement le ministère de la Santé et du Mieux-être de veiller à la mise en vigueur de stratégies d'évaluation adéquates pour accompagner l'ajout des infirmières praticiennes au système.

Vu les vastes possibilités offertes par la profession infirmière, le Conseil est d'avis qu'un nombre important de membres du personnel infirmier qui travaillent actuellement dans le système ont les compétences, la formation, la capacité et le désir d'exercer leur plein champ d'activité. Pourtant, des obstacles d'ordre législatif, administratif et protectionniste empêchent le personnel infirmier de contribuer pleinement aux soins aux patients. Régler ces obstacles est tout aussi important que l'ajout d'infirmières praticiennes, car leur élimination pourrait avoir les répercussions les plus grandes pour la prestation des services. Les mêmes arguments et la même logique s'appliquent à l'élargissement du champ d'activité du personnel infirmier auxiliaire immatriculé.

Par ailleurs, le renouvellement des soins primaires offrira des possibilités au personnel infirmier expérimenté et lui permettra d'enrichir son champ d'activité en acquérant de nouvelles compétences par une formation additionnelle dans des domaines particuliers (évaluation, pharmacologie, etc.). Les possibilités et le soutien à cet égard doivent être intégrés au système, par exemple des horaires de travail souples et un soutien aux frais de scolarité.

Le Conseil a aussi examiné la question de l'utilisation des services du personnel infirmier auxiliaire immatriculé dans des milieux d'exercice où ces dispensateurs n'avaient pas de rôle traditionnel établi. Les centres de santé communautaires de plus grande taille pourraient effectivement confier au personnel infirmier auxiliaire une série de tâches qu'il est en mesure d'accomplir. L'élargissement du rôle du personnel infirmier auxiliaire pour englober un rôle d'aide en réadaptation est proposé dans la section précédente sur les services de réadaptation. Le Conseil avance que le rôle du personnel infirmier auxiliaire dans les soins à domicile pourrait avoir des effets positifs sur la prestation des services. La question doit être explorée plus en profondeur par le ministère de la Santé et du Mieux-être et les régies régionales de la santé, peut-être sous la forme de deux projets pilotes, l'un mené en milieu urbain et l'autre, en milieu rural.

La pratique complémentaire, selon laquelle les médecins et le personnel infirmier travaillent ensemble pour optimiser leur apport aux soins aux patients, est un élément constitutif important du système de soins primaires renouvelé. Le chapitre sur le système de santé en discute plus longuement.

8.12 Autres dispensateurs de services de santé

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

98. Que le ministère du Développement des ressources humaines NB envisage la possibilité d'accorder la petite somme additionnelle requise pour effectuer les rajustements dans le cas des prothèses et de le faire en temps opportun, de sorte que les clients puissent réellement utiliser les prothèses.

99. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires surveille constamment les responsabilités confiées par législation aux personnes offrant des services de soutien technique, de sorte que des redressements puissent être effectués, compte tenu de la formation additionnelle dispensée et, par conséquent, des nouveaux domaines d'expertise qui viennent s'ajouter aux qualifications de ces praticiens.

Le Conseil a appris que des modifications apportées au contrat des prothèses dentaires ont corrigé le problème des rajustements.

Le Conseil recommande que tous les professionnels et paraprofessionnels de la santé puissent exercer au sein du système de santé le plein champ d'activité pour lequel ils sont formés. Le Conseil a examiné plusieurs professions, mais il n'a pas pu mener un examen complet de tous les groupes de professionnels de la santé dans les délais dont il disposait. Le Conseil presse donc le ministère de la Santé et du Mieux-être de poursuivre le travail dans ce domaine, en collaboration avec les groupes de professionnels.

Le Conseil a toutefois tenu des discussions préliminaires au sujet de deux catégories de dispensateurs, soit les aides familiales et les sages-femmes.

Les aides familiales sont vues comme une composante essentielle de la prestation des soins à domicile de courte et de longue durée et de la sortie hâtive de l'hôpital dans les cas appropriés. Ces dispensateurs estiment à l'heure actuelle ne pas être considérés à leur juste valeur dans le système. Le Conseil se préoccupe du manque de formation uniformisée dans la province et de l'absence de normes pour régir le travail dans différents points de services.

À cet égard, le Conseil recommande :

- Qu'un groupe de travail composé de représentants du ministère de la Santé et du Mieux-être, du ministère des Services familiaux et communautaires, des régies régionales de la santé et des organismes de services visés soit établi pour élaborer une stratégie provinciale visant les aides familiales.
- Que les points de vue des aides familiales et des clients qu'elles servent soient pris en considération dans l'élaboration de la stratégie provinciale.

Les sages-femmes ne sont pas des dispensateurs reconnus au Nouveau-Brunswick, bien qu'elles forment une profession réglementée dans d'autres provinces, notamment en Ontario et en Colombie-Britannique. Dans ces provinces, les sages-femmes sont perçues comme partie intégrante de l'équipe des soins primaires, et elles s'occupent des soins prénatals et postnatals et des accouchements à faible risque. Dans des pays comme la Grande-Bretagne, les sages-femmes forment une profession déjà ancienne et respectée.

Le Conseil appuie l'idée de mettre en place des sages-femmes au Nouveau-Brunswick pour assister les médecins dans les grossesses et les accouchements à faible risque. La notion est d'autant plus pertinente si l'on considère la pénurie et l'âge moyen des obstétriciens, le nombre de plus en plus restreint de médecins de famille qui font des accouchements et le soutien des femmes à l'égard du concept.

Le Conseil recommande :

- Que le ministère de la Santé et du Mieux-être réalise une étude de faisabilité sur l'introduction de la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick.

8.13 Formation professionnelle

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

100. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires examine la possibilité de rétablir un certain nombre de places à Memorial University.

101. Que le nombre de places à la faculté de médecine de Dalhousie University soit réduit dans la mesure où cette université n'est pas disposée à envisager des modifications à son programme de formation actuel en vue de mieux répondre aux exigences du Nouveau-Brunswick.

102. Que les facultés de médecine des universités soient invitées à envisager une sélection proactive des étudiants en médecine d'origine rurale.

103. Que l'Université du Nouveau-Brunswick et l'Université de Moncton poursuivent leurs efforts en offrant une formation d'infirmières et infirmiers de pratique avancée, particulièrement en ce qui a trait au niveau de l'infirmière praticienne.

104. Que les deux universités étudient la possibilité d'offrir ou de coordonner des cours spécialisés à l'intention des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick désirant accéder à des programmes de formation spécialisés sans quitter la province.

105. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires rétablisse des budgets pour l'éducation permanente et les possibilités de perfectionnement des professionnels des soins de santé, en faisant appel à l'intervention et à la collaboration des diverses associations professionnelles du domaine de la santé.

106. Que les programmes d'éducation permanente soient coordonnés et adaptés aux attentes et aux besoins du système des soins de santé, compte tenu du rôle futur des professionnels des soins de santé.

107. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires assure une offre adéquate de formation à l'intention des infirmières auxiliaires immatriculées, là où il y a un besoin, particulièrement dans les régions francophones de la province.

108. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires envisage la possibilité de subventionner le coût de la formation des auxiliaires familiales.

Le Conseil soutient la formation continue de tous les professionnels des soins de santé, que l'objectif soit de maintenir les compétences actuelles dans son domaine de travail ou d'améliorer sa capacité, ce qui est essentiel pour répondre aux besoins du Nouveau-Brunswick en matière de soins de santé.

En ce qui concerne les études en médecine, le Conseil a noté les démarches du gouvernement en vue d'acheter des places supplémentaires à Memorial University et à l'Université de Sherbrooke. Étant donné la pénurie actuelle de médecins dans la province, le Conseil presse le gouvernement d'augmenter le nombre de places afin de mieux répondre à ses besoins. La province doit également s'assurer que la formation suivie par les étudiants en médecine du Nouveau-Brunswick répond aux réalités et aux besoins de la province. L'Étude sur les services de santé a exprimé des préoccupations (voir la recommandation 101) concernant la faculté de médecine de Dalhousie University. Ces préoccupations demeurent. Le Conseil presse le gouvernement de prendre les mesures nécessaires pour s'assurer que les investissements du Nouveau-Brunswick sont judicieux, ce qui pourrait impliquer l'achat de places dans d'autres écoles de médecine.

En ce qui concerne la formation infirmière, le Conseil recommande :

- Qu'un cours d'infirmière/infirmier praticien soit offert à l'Université de Moncton le plus rapidement possible.
- Que des ressources soient mises à la disposition de l'Université de Moncton et de l'Université du Nouveau-Brunswick pour permettre la mise en œuvre d'un programme à temps plein d'infirmière/infirmier praticien.

Un élément clé de la formation continue du personnel infirmier, ainsi que d'autres groupes de professionnels, est le mentorat sur les lieux de travail. Étant donné la lourde charge de travail que connaissent la plupart des professionnels en raison du manque de personnel, le mentorat devient de plus en plus difficile à exercer. De plus, l'initiation du nouveau personnel diminue, ce qui donne lieu à des lacunes dans le transfert des connaissances. Dans la vision du système de santé mise de l'avant par le Conseil, les dispensateurs sont valorisés et considérés comme des atouts. En conséquence, il est important que les régies régionales de la santé mettent sur pied un programme d'initiation complet pour les diplômés récents de toutes les disciplines.

Les pénuries que connaissent certaines professions de la santé, par exemple les médecins, le personnel infirmier et les pharmaciens, sont de plus en plus pressantes. Le Conseil reconnaît les initiatives entreprises dans l'élaboration de stratégies de recrutement et de maintien des médecins et du personnel infirmier.

Le Conseil recommande :

- Que le ministère de la Santé et du Mieux-être établisse des programmes de recrutement et de maintien pour les autres professions de la santé dans lesquelles les pénuries sont préoccupantes.
- Que le ministère de la Santé et du Mieux-être prenne des mesures immédiates pour élaborer une stratégie d'éducation visant à accroître l'accès de la population étudiante du Nouveau-Brunswick à des programmes de formation dans des domaines où des pénuries à court et à long terme sont prévues.

Il est important d'établir des liens de communication solides et efficaces entre les employeurs, les associations professionnelles, les universités et le gouvernement provincial afin de faciliter la préparation, la formation et le maintien des professionnels de la santé.

Les établissements d'enseignement doivent être inclus à titre de partenaires dans le renouvellement du système de santé. Le Conseil est d'avis que le gouvernement provincial devrait favoriser un modèle plus interdisciplinaire de la formation pour favoriser une approche d'équipe de la prestation des services.

8.14 Technologie

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

109. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires consulte les principaux intervenants pour déterminer les besoins, les normes et les priorités en matière d'information.

110. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires, à la lumière de l'information obtenue lors des consultations, coordonne la planification et la mise en œuvre d'un système d'information entièrement intégré.

111. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires élabore, en collaboration avec les intervenants pertinents, y compris les experts du domaine, un cadre provincial de prise de décisions pour l'acquisition des technologies médicales novatrices.

112. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires établisse une stratégie pour l'entretien ou le remplacement des technologies.

113. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires révise son plan et accepte d'installer un IRM fixe à la fois à Saint John et à Moncton. Des IRM mobiles devraient être mis à la disposition pour combler les besoins des autres régions.

114. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires favorise l'expansion de l'imagerie radiologique et son intervention dans le système de soins de santé.

115. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires fasse la promotion active de la mise en place de l'imagerie numérique dans l'ensemble du système.

116. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires fasse une promotion active de la télémédecine et de la téléradiologie et que des stratégies soient élaborées et mises en œuvre pour éliminer les obstacles à leur utilisation.

Un seul dossier médical par patient devrait être en place dans la province. Le dossier doit assurer la confidentialité des renseignements sur les patients, mais être accessible aux dispensateurs de soins au besoin. Le dossier médical est l'impulsion qui mènera à la création d'un système d'information qui fournira également à la direction les outils lui permettant d'évaluer le système et ses composantes, de comparer le rendement, de fournir des rétroactions aux intervenants grâce au bulletin de santé et, en conséquence, de veiller à ce que les gens du Nouveau-Brunswick obtiennent les services dont ils ont besoin n'importe où dans la province.

Un système d'information intégré devrait favoriser les partenariats avec les organisations qui peuvent fournir l'infrastructure et le savoir-faire technologique. Ce nouveau système améliorera les services actuels de télémédecine et de télésanté.

8.15 Financement

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

117. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mette en place un système de planification et de budgétisation sur plusieurs années. Dans le cadre d'un tel système, toutes les économies réalisées par les régies régionales de la santé, dans la mesure où les niveaux de service convenus ont été atteints, devraient être conservées par les régies régionales de la santé. Une comptabilité de gestion et un recueil uniformisé des données sont requis dans le but d'améliorer constamment la gestion des régies régionales de la santé.

118. Qu'avant de mettre en place un système de planification et de budgétisation sur plusieurs années, on rétablisse des budgets équilibrés. Les conseils d'administration doivent exercer un contrôle et assumer en même temps la responsabilité des dépenses générales.

119. Que parallèlement à la mise en place de ce système réorganisé, on mette également en place un système simplifié de compte rendu. On doit s'entendre sur des points de repère et des indicateurs de gestion afin que ces niveaux de service soient définis, et que la responsabilité et le contrôle financier soient respectés. De tels indicateurs constituent le fondement de tout système de compte rendu.

120. Que le traitement des fonds permette une certaine souplesse. Si une régie régionale de la santé réalise des économies, elle devrait avoir la possibilité de reporter ce montant et on devrait lui permettre des déplacements entre les catégories budgétaires et entre les budgets d'exploitation et d'immobilisations. Le transfert de ressources des services communautaires aux hôpitaux devrait être interdit et le transfert de ressources des hôpitaux aux services communautaires encouragé.

121. Que des fonds soient disponibles centralement dans le but de favoriser le recours à des méthodes novatrices au sein du système de soins de *santé*.

Les recommandations du Conseil en ce qui concerne le financement, la gestion des fonds, la priorité accordée aux services communautaires par rapport aux services en établissement et la nécessité de soutenir les idées et la recherche innovatrices sont clairement formulées dans les chapitres sur la reddition de comptes et sur le bulletin de santé et tout au long du présent rapport.

Recommandations de l'Étude sur les services de santé

122. Que la composante politique de la prise de décisions soit reconnue et que des concessions compensatoires soient faites entre les régions touchées par une consolidation des services visant à abaisser le coût unitaire. Le transfert d'emplois d'une région en particulier devrait être compensé par l'emplacement d'un service différent dans la région touchée.

Annexe A - Conseil

Membres et personnel du Conseil

Les membres du Conseil sont :

Michel C. Leger (président)	Shédiac	Avocat et ancien membre du conseil de la Corporation hospitalière Beauséjour
Donna Johnston	Red Bank	VON
Myrna Richards	Hampton	Avocate et ancienne présidente du Conseil consultatif sur la condition de la femme du Nouveau-Brunswick
Mary E. Jarratt	Fredericton	Médecin de famille, membre du personnel médical actif de l'hôpital Dr. Everett Chalmers
Michelle Tolszczuk	Edmundston	Directrice du service médical des Papiers Fraser et membre du personnel médical de la Corporation hospitalière de la Région 4
Nancy Roberts	Moncton	Directrice des Services régionaux de pharmacie de la Corporation des soins de santé du Sud-Est
Peter Jollymore	Saint John	Retraité, ancien doyen par intérim de la faculté d'administration de UNBSJ
Heather Erb Campbell	Saint John	Directrice générale, Fondation des maladies du cœur du Nouveau-Brunswick
Warren Davidson	Moncton	Consultant en médecine gériatrique, Corporation des soins de santé du Sud-Est
Lynn Kelly de Groot	Dalhousie Junction	Agente de recrutement des médecins
Norma McGraw	Tracadie-Sheila	Directrice du Programme extra-mural, Réseau Santé Nor'est
Gilbert St-Onge	Edmundston	Ancien directeur général de la Corporation hospitalière de la Région 4
Judith Wuest	Stanley	Professeure, faculté des sciences infirmières de l'UNB
Barbara Gagnon-Thériault	Fredericton	Gestionnaire par intérim, Centre de services aux entreprises Canada/N.-B., et mère d'un enfant à besoins spéciaux (s'est retirée au milieu de 2000)

Le personnel :

Mavis Hurley	Sous-ministre
Étienne Thériault	Conseiller en politiques
Norma Dubé	Conseillère en politiques
Jean Finn	Conseiller en politiques
Lise Bellefleur	Conseillère en politiques
Nancy Campbell	Soutien administratif